Christophe André
PSIHOLOGIA FRICII

Temeri, angoase, şi fobii

Introducere

Era o zi frumoasă.

M-am dus într-o crescătorie de păsări cu Sandrine. Ne-am apropiat de cuşti şi am observat păsările de la cîţiva centimetri. Era prima dată în viaţa ei cînd se găsea atît de aproape de ele. Ea, care se teme atît de mult de ele...

Apoi am făcut cumpărături cu Jacques. Am rămas multă vreme în faţa raioanelor, am stat de mai multe ori la coadă la case. N-a existat niciun incident, în ciuda temerilor lui: Jacques se teme foarte tare să nu fie trăsnit de o durere dacă stă mult timp în picioare.

Puţin mai tîrziu, am discutat cu Odile despre teama ei de a se sufoca dacă se trezeşte închisă într-un ascensor blocat sau în toaletă. Pe urmă am testat asta. Vă voi povesti unde şi cum...

M-am trezit ulterior scoţînd ţipete puternice în metrou cu Sophie şi Etienne. Pasagerii au avut un aer uşor amuzat, apoi s-au întors la lectura ziarelor lor. Sophie şi Etienne şi-au dat seama că teama lor de a fi ridicoli nu-i ucisese. Şi că-i deranjase mai puţin decît prevăzuseră...

Ah, uitasem: cu Elodie, care se teme foarte tare de moarte, ne-am dus la cimitirul Montparnasse, am mers printre morminte, am citit numele defuncţilor, celebri sau anonimi, ne-am gîndit la ei, le-am atins pietrele funerare. Am văzut viaţa îngemănîndu-se paşnic cu moartea. Asta i-a dat mult de gîndit lui Elodie, care nu vedea cimitirele cu aceşti ochi...

În funcţie de momente, am tremurat, am mers mai departe, ne-am retras, am discutat, am cugetat. Am zîmbit, adesea, şi chiar am rîs de-a binelea în două reprize. Cu Jacques, la magazin, am stat un sfert de oră absorbiţi în contemplarea raionului cu periuţe de dinţi. Cum să le explicăm paznicilor, veniţi să vadă ce făceam, că realizam un exerciţiu de stăpînire a fricii de dureri? Am rîs şi cu Sophie, cînd un pasager din metrou a venit s-o întrebe unde era camera ascunsă, convins că ţipetele noastre erau filmate în secret pentru o emisiune umoristică.

Frici preţioase, care ne salvează uneori. Frici dureroase, care ne dau frisoane. Frici insidioase, care ne restrîng libertatea. Iată, sînt aproape douăzeci de ani de cînd îngrijesc persoane suferind de frici excesive, pe care le însoţesc în toate locurile de care se tem, încercînd să le ajut să lupte împotriva temerilor lor. Curajul şi energia de care dau dovadă atunci pentru a-şi înfrunta temerile arată că sînt la ani-lumină distanţă de ceea ce unele persoane cred despre ele: fobicii ar fi slabi, resemnaţi, s-ar mulţumi cu situaţia lor.

Această carte le este destinată şi dedicată. Ea propune sinteza cunoştinţelor de care dispunem în prezent despre frici şi fobii: de ce avem cu toţii frici? Şi de ce unii dintre noi sînt victimele acestor frici excesive şi maladive care sînt fobiile? Este vina lor? Şi, mai ales, ne putem vindeca pentru totdeauna de fricile proprii **?**

CAPITOLUL 1

Frici normale şi frici patologice

Trebuie să-ţi asculţi fricile: ele sînt un sistem preţios de alarmă în faţa pericolelor. Dar nu trebuie să te laşi subjugat: uneori, acest sistem se dereglează. Ca un soi de alergie, teama se poate amplifica şi deveni fobie.

Nu sîntem responsabili de aceste frici excesive, incontrolabile, aşa cum nu sîntem responsabili de faptul că sîntem alergici, diabetici sau astmatici.

Nu alegem să ne fie frică, şi mai puţin să ne fie foarte frică. Dar putem alege, în schimb, să înţelegem mai bine frica. Pentru a ne pregăti să acţionăm mai bine în faţa ei..

Verii mei alpinişti se tem de muntele înalt. Nu o teamă gen panică, ci ceea ce ei numesc o „teamă sănătoasă", o teamă respectuoasă: ei ştiu că vîrfurile şi lacurile glaciare sînt locuri magnifice, dar periculoase. Absenţa fricii, din lipsă de experienţă sau orgoliu, este cea care provoacă adesea accidente. Teama lor este salutară.

Bertrand se teme de rechini. Poate data exact originea acestei frici: *Fălci!* De cînd a văzut acest film, atunci cînd înoată departe de ţărm sau cînd se află în larg pe velier, se gîndeşte automat la rechinul care se apropie lent, calculînd cu ce parte a corpului îşi va începe prînzul. Se forţează să rămînă în apă, însă nu înoată relaxat... Teama lui este de-a dreptul jenantă.

Una dintre prietenele mele se teme să zboare cu avionul. Teama ei este mult mai supărătoare: mai întîi pentru că se întîmplă mai des - şi este mai necesar - să fii nevoit să iei avionul decît să înoţi în larg. Apoi pentru că teama ei este mai intensă şi mai dificil de controlat. Ea evită pe cît posibil să zboare cu avionul. Şi, dacă trebuie s-o facă, utilizează un amestec de alcool şi tranchilizante ca să poată, după formula ei, „să zboare fară a înnebuni". Pînă la destinaţie stă într-o semicomă, cu ochii închişi, totuşi foarte crispată, tresărind la cea mai mică trosnitură din compartimentul pentru bagaje. Teama ei o face să sufere.

Am întîlnit într-o zi o pacientă care nu ieşise din casă de mai bine de 20 de ani: se temea să n-o apuce o durere fulgerătoare dacă se îndepărta prea mult de casă. Această *agorafobie,* numele savant al fricii ei, era un handicap foarte grav, care îi afectase profund viaţa.

Cu toţii putem resimţi teamă, în prezenţa unui pericol sau în faţa ameninţării apariţiei ei: teama este o emoţie numită „fundamentală", adică universală, inevitabilă şi necesară. La fel ca toate speciile animale, fiinţa umană este programată de către natură şi evoluţie pentru a resimţi teamă în prezenţa anumitor situaţii. Avem nevoie de ea, deoarece reprezintă un semnal de alarmă menit să ne faciliteze vigilenţa în faţa pericolelor şi să ne sporească şansele de supravieţuire.

Frica: un sistem de alarmă

Imaginaţi-vă alarma unui automobil sau a unei case. Ea nu trebuie în mod normal să se declanşeze decît în caz de efracţie sau de incendiu, de exemplu. În acest moment, şi doar în acest moment, trebuie să sune, suficient de tare pentru a fi auzită, dar nu prea tare, ca să nu semene panică printre vecini; suficient de mult timp ca să atragă atenţia, să poată fi oprită apoi, pentru a permite rezolvarea cu calm a problemei.

Există şi sisteme de alarmă naturale care acţionează în organismul nostru. Reflexul de tuse, de exemplu. Dacă sînteţi într-un mediu plin de fum sau poluat, vi se declanşează tuşea: ea rezultă dintr-un spasm bronşic (bronhiile dumneavoastră se îngustează pentru a limita intrarea toxinelor) şi din contracţii ale laringelui pentru a respinge eventualii corpi străini. În această situaţie, tusea dumneavoastră este utilă, ea vă semnalează că există o problemă în aerul pe care-l respiraţi şi vă protejează alveolele pulmonare. Însă o criză de astm declanşată de prezenţa cîtorva miligrame de polen de floare reprezintă o reacţie de alarmă inutilă: nu există un pericol legat de polen. Problema nu o constituie în acest caz mediul, ci sistemul de alarmă dereglat. Şi dificultatea de a respira, tusea uscată epuizantă a astmaticului în criză sînt mai mult toxice decît utile.

Acelaşi lucru este valabil în cazul fricii.

Frica funcţionează ca un semnal de alarmă a cărui funcţie, la fel ca toate semnalele de alarmă, este de a ne atrage atenţia asupra unui pericol, pentru a ne permite să-i facem faţă mai bine. Problema este că acest semnal de alarmă poate fi mai mult sau mai puţin bine reglat.

► ***Ce este o frică normală?***

O frică normală este o alarmă eficient calibrată în activarea, precum şi în reglarea ei. În activare, alarma de frică nu se declanşează decît cu bună ştiinţă, în faţa unui adevărat pericol, şi nu la posibilitatea sau la amintirea unui pericol. Ea ţine seama de context: dacă sînteţi la trei metri de un tigru în junglă, vă este frică; dacă este în cuşcă, frica se diminuează. Intensitatea ei este proporţională cu pericolul şi ne dictează cum să

acţionăm corespunzător. De exemplu, să ne dăm înapoi încet din faţa unui şarpe gata să muşte, şi nu să o luăm la fugă. Desigur, pot exista erori şi alarme false - atunci ne este frică „degeaba" -, deoarece natura crede că e mai bine să ne fie teamă degeaba decît să fie prea tîrziu. Însă aceste alerte false sînt ocazionale şi controlabile.

În reglarea ei, teama normală se stinge repede şi uşor, o dată ce pericolul a trecut şi am conştientizat că nu era atît de ameninţător. Este cazul fricilor legate de surpriză: zgomote violente, persoane ajunse pe neauzite în spatele nostru. Această reglare rapidă a fricii reflexe facilitează acţiunea de adaptare: o dată ce şi-a jucat rolul de alarmă, frica trebuie să dispară, în caz contrar ea devine inutilă şi periculoasă. Vom vedea că o frică nereglată este ceea ce se numeşte un „atac de panică", ce anihilează capacităţile de adaptare a persoanei şi o paralizează complet: este echivalentul unei crize de astm la un alergic. Frica normală poate fi modulată ţintită spre un pericol sau altul. Îi pot regla sensibilitatea în funcţie de contextele şi de nevoile mele: pe calculatorul meu mental, nu-mi activez programul de teamă cînd mă duc să-mi fac cumpărăturile în cartier, însă îl activez dacă trebuie să merg prin junglă sau printr-un cartier dubios noaptea. Pot exercita un control relativ asupra acestei „programări" a fricilor mele.

Un bun exemplu de teamă adaptată este senzaţia pe care o simţiţi în timpul unei plimbări la munte dacă mergeţi pe un drum foarte abrupt: o privire în golul care se deschide pe partea dumneavoastră arată că o cădere ar fi mortală, avînd în vedere înălţimea pantei şi stîncile ascuţite de mai jos. Veţi simţi, aşadar, *un pic* de teamă. Însă ştiţi şi că, mergînd încet şi uitîndu-vă unde vă puneţi picioarele, n-aveţi motive să cădeţi. Vă puteţi controla frica, aşadar, însă este util că aţi simţit-o: teama dumneavoastră vă protejează. Ea vă face ca în timp ce mergeţi să nu puteţi privi somptuosul peisaj din jurul dumneavoastră: în această etapă periculoasă a plimbării, fie mergeţi, fie priviţi.

► ***Cînd devine patologică o frică?***

O frică patologică se aseamănă unei alarme prost reglate, atît în activarea, cît şi în reglarea ei.

Cînd activarea ei este anormală, frica se declanşează prea des pentru praguri de periculozitate prea joase. Sînteţi victima alertelor false frecvente, ca un animal hăituit, o gazelă la adăpat, care tresare şi o ia la fugă la cel mai mic zgomot sau mişcare a frunzelor. Declanşarea fricii este prea puternică, fără flexibilitate, tot timpul sau pentru nimic: teama nu este modulată şi se transformă foarte repede în panică. Rigiditatea asta în declanşarea fricii, această funcţionare de tip stimul-răspuns, este epuizantă: „Sînt mereu ca un animal hăituit", îmi spunea un pacient cu fobie socială în legătură cu fiecare dintre ieşirile lui în stradă sau în magazine, „mi-a fost întotdeauna teamă că o să mi se vorbească şi că o să încep să mă înroşesc, să tremur sau să transpir în mod absurd, pentru o întrebare banală."

Atunci cînd reglarea ei este anormală, alarma de frică nu este modulată. Ea poate degenera foarte repede în panică incontrolabilă. De aceea mulţi pacienţi fobici suferă de fenomenul numit „teama de frică": „De îndată ce începe să-mi fie frică, mă tem să nu se transforme într-o panică generalizată, care mă va îngrozi şi mă va împinge să fac cine ştie ce, inversul a ceea ce ar trebui făcut în realitate." Frica patologică are nevoie de mai mult timp pentru a scădea în intensitate şi a se calma. În plus, are tendinţa de a se declanşa foarte uşor: este fenomenul de *recurenţă a fricii.* Cu cît mi-e teamă mai violent şi mai des, cu atît teama va reveni mai puternic şi mai uşor. Persoanele fobice pot suferi chiar de adevărate „autodeclanşări" ale fricii: de exemplu, cei care au fobia îmbujorării se pot înroşi la faţă în mod absurd, chiar şi la telefon cînd nimeni nu-i vede, chiar crezînd, pur şi simplu, că ar putea roşi, chiar vorbind despre ploaie şi vreme bună. Un alt exemplu sînt atacurile de panică spontane sau nocturne la persoanele agorafobe, aceste crize de angoasă care pot apărea chiar la distanţă de situaţiile angoasante...

Să revenim la exemplul precedent al unei drumeţii pe munte, dar de data asta din punctul de vedere al unei persoane *acrofobe,* adică suferind de o fobie de înălţime, şi nu de o simplă frică. În timpul trecerii pe drumul foarte abrupt, încă de la prima privire în gol, se simte paralizată de spaimă. Corpul persoanei nu mai este decît un catalog de senzaţii înspăimîntătoare şi îngrijorătoare: inimă care o ia la galop, picioare care se înmoaie, tremurături, nod în gît, cap care se învîrte... Halucinaţii cu căderi înspăimîntătoare îi acaparează mintea: ea se vede căzînd în gol, corpul zdrobindu- i-se şi deşirîndu-i-se pe stîncile ascuţite de jos. Imposibil

să-şi smulgă din minte aceste imagini. Tulburarea ei este atît de mare, încît începe să se îndoiască de propria persoană: într-un impuls sinucigaş, nu se va arunca ea în gol, pentru a sfîrşi odată cu asta? Se lipeşte cu spatele de stîncă: imposibil să mai avanseze. Odată bine sprijinită de perete, închide ochii pentru a nu mai vedea aceste vîrfuri vertiginoase, aceste orizonturi înspăimîntătoare care parcă nu au limite. Nu va putea sfîrşi drumeţia decît pas cu pas, escortată de toţi însoţitorii ei, compătimitori sau agasaţi: unul în faţă, unul în spate şi unul între ea şi rîpă, pentru a o împiedica s-o vadă...

Aceste temeri patologice, aceste „frici rele" cum erau numite altădată, reprezintă terenul fobiei: însă unde se situează pragul între fricile patologice şi patologia fricii?

De la fricile maladive la maladiile fricii: fobiile

Nuanţa între frică normală şi frică fobică nu este perceptibilă în limba noastră, însă era, de exemplu, în Grecia antică. Grecii foloseau două cuvinte pentru a-şi desemna spaimele: *deos,* care însemna o teamă reflectată şi mentalizată, controlată; şi *phobos,* care descria o teamă intensă şi iraţională, însoţită de o fugă.

► ***Care este diferenţa între frică şi fobie?***

Să ne imaginăm că vă este *teamă* de păianjeni. Detestaţi să coborîţi în pivniţă, însă perspectiva de a scoate de acolo o sticlă pentru a primi invitaţi vă va motiva în a depăşi dezgustul faţă de arahnide. La fel cum nu veţi tremura dinainte la ideea unui weekend la ţară la nişte prieteni, sub pretextul că se află acolo cîţiva păianjeni în dulapuri. Şi, de altfel, dacă veţi întîlni unul, îl veţi zdrobi fără milă. Dacă, din contra, aveţi o teamă *fobică* de păianjeni, veţi refuza sigur să urcaţi în podul casei ca să căutaţi poze vechi de familie, chiar sub ameninţare. Ideea de a vă duce în vacanţă într-o ţară exotică, unde sînt păianjeni mari, vă va bîntui mai multe luni înainte. Şi dacă vă găsiţi faţă-n faţă cu un păianjen, teama dumneavoastră va fi atît de mare, încît riscaţi ca nici măcar să nu-1 puteţi zdrobi.

O fobie se caracterizează, aşadar, printr-un anumit număr de simptome:

- o teamă foarte intensă, putînd degenera pînă la un atac de panică;
- această teamă este adesea incontrolabilă;
- antrenează evitări ale obiectelor sau ale situaţiilor fobogene de fiecare dată cînd acest lucru este posibil;
- dacă trebuie să ne confruntăm cu obiectul fricii - uneori n-avem de ales suferinţa este extremă;

O teamă provoacă un handicap, legat de anticiparea anxioasă a situaţiilor şi de evitări. Fobiile nu pun viaţa în pericol, însă pot distruge calitatea vieţii.

Există, desigur, forme intermediare între frici normale şi frici fobice, frici nu tocmai normale, fără a fi încă fobii. Aceste temeri „intermediare" sînt foarte dependente de micile detalii ale mediului. De exemplu, pentru fricile sociale, precum teama de a vorbi în public, între cele două extreme există toate nuanţele: pe de o parte, persoane care n-au avut nici odată trac, şi pe de alta, cele care, de-a dreptul fobice, nu pot deschide gura de faţă cu mai mult de două persoane. La majoritatea oamenilor, acest trac va depinde de mărimea publicului (zece sau o sută de persoane), de bunăvoinţa lui presupusă, de familiaritatea lui (cunoscuţi sau necunoscuţi), de nivelul lui (sînt ei mai mult sau mai puţin experţi ca oratorul emotiv?) etc.

Să notăm şi că gradul de handicap legat de fobii depinde în parte de mediul în care apar. Astfel, fobicul de şerpi care trăieşte într-o societate occidentală suferă mai puţin ca în trecut, deoarece şerpii sînt, puţin cîte puţin, goniţi din existenţa noastră cotidiană. Însă omologul lui claustrofob, care suferă de teama spaţiilor închise, este mult mai dezavantajat de viaţa într-o societate în care este nevoie de deplasări multiple şi repetate în mijloacele de transport în comun, unde spaţiul este limitat, şi în care azi se trăieşte mai mult în interior.

În sfîrşit, apelativul de frică sau de fobie va depinde şi de pericolul de care vă temeţi: se vorbeşte rareori despre fobia de tigri sau de rechini, deoarece se consideră că fricile acestea, chiar foarte mari, sînt legitime. În realitate, asemenea fobii pot exista: teama ar fi atunci declanşată de o fotografie, o povestire, sau vederea acestor animale în cuşcă sau în acvariu. În schimb, teama excesivă de pisici sau sardine va fi pusă în prim plan în familia fobiilor.

Diferenţa între frici normale şi frici fobice

Frici normale	Frici fobice
Registrul emoţiei	Registrul bolii
Teamă de intensitate limitată, adesea controlabilă	Teamă care poate merge pînă la panică, adesea incontrolabilă
Asociate cu situaţii în mod obiectiv periculoase	Asociate cu situaţii uneori nepericuloase
Evitări moderate şi handicap uşor	Evitări importante şi handicap semnificativ
Frică de anxietate anticipativă: existenţa nu este organizată în jurul fricii	Anxietate anticipativă majoră: existenţa este organizată în jurul fricii
Confruntările repetate pot, puţin cîte puţin, scădea intensitatea fricii	Se întîmplă frecvent ca, în ciuda confruntărilor repetate, teama să nu scadă

► ***Care este frecvenţa fricilor şi fobiilor?***

Cifrele sînt foarte clare: fricile şi fobiile sînt extrem de răspîndite. Fricile, după cum am menţionat, afectează pe toată lumea. Fricile excesive, foarte frecvente la adulţi, se întîlnesc la aproximativ un *adult din doi.* În sfîrşit, printre persoanele care spun că suferă de o teamă excesivă, se observă, în general, că un sfert pînă la jumătate dintre ele sînt, în realitate, fobice. Fobiile sînt, aşadar, mai rare ca fricile, considerabil chiar, totuşi ele reprezintă patologia psihologică cea mai frecventă, alături de maladiile depresive şi de alcoolism (care, de altfel, le pot însoţi). Cît despre ceea ce ne poate provoca teamă, obiectele „fobogene" sînt foarte variate, însă vom vedea că ele nu sînt întîmplătoare: în mare, ne este teamă de ceea ce natura ne-a *învăţat* să ne fie cu uşurinţă teamă. Pentru că asta reprezintă, sau reprezenta în evoluţia noastră, un pericol pentru specia noastră.

Frecvenţa fricilor numite „simple" în ansamblul populaţiei pe un eşantion reprezentativ de 8.098 de persoane adulte[1] (aceste cifre se referă la riscul de apariţie pe toată viaţa)

Natura fricii	**Persoane suferind de această teamă excesivă în ansamblul populaţiei**	**Persoane suferind de această teamă într-un stadiu fobie în ansamblul populaţiei**
Gol şi înălţimi	20,4%	5,3%
Zbor cu avionul	13,2%	3,5%
A fi închis (claustrofobie)	11,9%	4,2%
A fi singur(ă)	7,3%	3,1%
Vijelii, tunet, furtuni	8,7%	2,9%
Animale	22,2%	5,7%
Sînge, răni, injecţii	13,9%	4,5%
Apă	9,4%	3,4%
Toate la un loc	49,5%	11,3%

Frecvenţa celorlalte două mari categorii de frici[2,3]

	Teamă excesivă	Teamă invalidantă	Fobie
Teama de părerea şi de judecata altora	Timiditate: 60% Trac: 30%	Anxietate socială invalidantă: 10%	Fobie socială: 2-4%
Teama de a avea o problemă şi de a pierde controlul	Atacuri de panică izolate: 30% pe toată viaţa	Tulburări de panică (atacuri de panică repetate): 2%	1/3-2/3 dintre emotivi devin agorafobi

► ***Fobiile: frici intense şi rezistente***

Fobiile nu se caracterizează doar prin existenţa temerilor excesive, ele sînt adevărate maladii ale fricii, cu dinamica lor proprie. Odată apărute, ele au tendinţa de a fi cronice, şi uneori chiar, pentru cele mai severe dintre ele, să se agraveze şi să se extindă

.Copiii, care au numeroase frici „normale", învaţă, puţin cîte puţin, teamă cu teamă, să le depăşească: pur şi simplu, viaţa îi vindecă de fricile lor, oferindu-le ocazii să se confrunte cu ele, să înveţe să le stăpînească şi să păstreze părţile bune, precum prudenţa, provenită din experienţă. În egală măsură, la adult, fricile normale sînt sensibile la aceste forme de autovindecare, care trec prin confruntarea constantă şi liber consimţită (nu ne putem vindeca prin constrîngere) cu ceea ce provoacă teamă.

Să luăm exemplul unei căderi cu bicicleta pe pietriş. Puteţi păstra partea bună a incidentului: începeţi să mergeţi din nou cu bicicleta, însă acum ştiţi că trebuie să încetiniţi la virajul pe pietriş. Urma fricii este o informaţie utilă, o amintire preţioasă. Dar puteţi păstra şi partea rea: deveniţi fobic în legătură cu deplasările pe bicicletă. Vă este teamă să vă urcaţi din nou pe bicicletă, deoarece amintirea căderii nu mai este stocată doar în memoria dumneavoastră sub forma unei informaţii neutre („ştiu că trebuie să merg încet pe pietriş") sau fără prea mare intensitate emoţională („asta mă sperie puţin"), ci rămîne marcată printr-o puternică emoţie de frică („nu mai pot urca pe bicicletă, asta mă panichează").

Aceste procese de autovindecare a fricilor - învăţarea lecţiei şi înfruntarea din nou a situaţiilor - sînt împiedicate, în fobie, de două categorii de atitudini:

- Evitările şi eschivările, care constau în neasumarea riscului unei confruntări. De exemplu: „Dacă m-aş fi apropiat de porumbelul ăsta, ar fi înnebunit şi s-ar fi putut arunca asupra mea în fuga lui" sau: „Bine că n-am pus întrebări la sfîrşitul reuniunii, în caz contrar aş fi fost, cu siguranţă, ridicol". Evitările ne ajută să nu resimţim frica prea violent, însă ele menţin intactă convingerea că pericolul exista cu adevărat şi că ne-ar fi ameninţat dacă ne-am fi confruntat cu el.
- Străduinţele izolate, care constau în a ne constrînge, într-un impuls de nebunie sau de enervare, să ne înfruntăm temerile, însă care riscă mult să adauge frică la frică. Deoarece ele sînt însoţite de durere („a fost infernal, nu voi scăpa nici odată de asta") şi de convingerea retrospectivă că am avut, pur şi simplu, noroc dacă s-a terminat cu bine („dar data viitoare...").

► ***Fobia nu-i doar teamă şi fugă, ci şi eşecul emoţional al confruntărilor cu frica***

Cel mai adesea, persoanele fobice trebuie să fugă de ceea ce se tem, sub efectul fricii şi al înţepăturii ei. Dar nu întotdeauna. Se ştie faptul potrivit căruia comportamentele de evitare depind şi de variabile de personalitate: există persoane fobice care evită şi altele care se confruntă.

De exemplu, puteţi avea fobie de avion şi totuşi să vă forţaţi să călătoriţi cu el, pentru că aşa aţi decis sau pentru că sînteţi obligat s-o faceţi. Însă aceste confruntări riscă să fie epuizante şi toxice: departe de a se calma, teama dumneavoastră va putea persista şi chiar creşte de la un zbor la altul.

Deoarece, în realitate, soluţia nu este doar de a ne confrunta frica prin constrîngere. Soluţia constă mai ales în reuşita emoţională a acestor confruntări: dacă puţin cîte puţin mi-e din ce în ce mai puţin frică

înseamnă că, de fapt, creierul meu emoţional a „înţeles" că nu există niciun pericol. Şi nu mai rămîne decît să continui să-1 desensibilizez de teama excesivă. Dacă, în schimb, cu cît mă forţez mai mult, cu atît mi-e mai teamă, asta înseamnă că, de fapt, creierul meu emoţional rămîne convins că pericolul încă există, chiar dacă inteligenţa şi logica mea îmi repetă, şi-mi tot repetă că nu există niciun pericol.

Vom vedea cum creierul emoţional nu se schimbă decît în acţiune: şi deci cum evitarea şi logica nu vor modifica deloc fricile. De asemenea, vom vedea şi cum trebuie „domesticit" ca un animal, cu blîndeţe şi regularitate. Şi nu să-1 bruscăm.

Fricile foarte mari şi fobiile: o formă de teamă alergică?

Le explic adesea pacienţilor mei că marile lor frici sînt ca nişte alergii. Imunitatea este unul dintre numeroasele modalităţi naturale de protecţie a organismului nostru: sistemul nostru imunitar ne permite să depistăm „pericolele biologice", fie că sînt externe (microbi, virusuri), fie interne (celule anormale), care ar putea reprezenta o ameninţare pentru organismul nostru. Această imunitate poate fi înnăscută, numită „de primă linie": toate fiinţele umane dispun de ea încă de la naştere. Ea poate fi şi deprinsă după un prim contact: este ceea ce se numeşte „imunitate învăţată".

Vom vedea că asta este valabil şi pentru fricile noastre. Unele dintre ele sînt înnăscute, proprii speciei noastre, şi fiecare specie are fricile ei înnăscute: pentru fiinţa umană sînt de exemplu şerpii, iar pentru şoareci, pisicile. Alte frici au fost învăţate de noi prin experienţe de viaţă: ele apar dacă am fost muşcaţi de un cîine sau după ce am scăpat de un înec...

Fricile noastre normale pot fi comparate cu un sistem imunitar de detectare a pericolelor. Şi fricile noastre fobice, din păcate, seamănă cu nişte alergii, cu ceea ce se cheamă „răspunsuri anafilactice[1]": aceste accese de frică sînt la fel de explozive şi nepotrivite ca o criză de alergie sau de astm.

La fel cum există o „memorie imunologică" există şi o memorie a fricii. Pentru imunitate, lucrurile se petrec astfel: la fiecare nouă expunere la antigen, răspunsul imunitar va fi mai rapid şi mai intens. Pentru frica patologică, se observă că persoanele care suferă de o fobie îşi văd adesea reacţiile de frică agravîndu-se de la un contact la altul: „După o clipă, fricile mele deveneau din ce în ce mai copleşitoare: dacă la început mă îndoiam doar de şofatul pe autostradă atunci cînd eram singură, puţin cîte puţin am început să mă simt neliniştită la volan chiar pe trasee mici, chiar în oraş, chiar în cartierul meu. A trebuit să mă opresc din şofat. Şi mă simţeam incapabilă să mă urc din nou la volan..." (Catherine, suferind de o fobie a şofatului).

Să continuăm comparaţia şi să luăm exemplul unei boli cunoscute, astmul. Astmul constă într-un spasm al bronhiilor şi se bazează în parte pe un teren alergic[4]. El poate cunoaşte diferite stadii, diferite grade:

- astmul episodic, cu crize rare între care starea este normală;
- astmul sever acut (fosta „stare de rău astmatică"), în care apar crizele foarte intense şi foarte prelungite, care pun uneori viaţa în pericol;
- astmul cronic, cu simptome permanente, în care intervine, de asemenea, în afară de crizele acute, o inflamare cronică a bronhiilor.

Vom vedea că fricile foarte mari şi fobiile pot semăna cu acest tip de tablou.

Unele dintre ele, fobiile specifice, sau „simple", precum teama de animale sau de înălţimi, nu se manifestă decît prin temeri intense, dar episodice. De fapt, gravitatea lor depinde mai ales de frecvenţa obiectului fobogen din mediu. Cum este mai puţin deranjant pentru un occidental să fie alergic la polenul de baobab decît la cel de păpădie, va fi mai uşor să trăiască în Occident cu o fobie de şerpi decît cu cea de avion sau de metrou.

Alte fobii se caracterizează prin apariţia repetată a crizelor de frică foarte acute, numite „atacuri de panică". Unele dintre aceste atacuri pot fi anticipate, se ştie că o anumită situaţie le poate declanşa; însă altele pot fi la fel de imprevizibile în declanşarea lor - şi violente în desfăşurare - ca şi crizele de astm. O precizare importantă: spre deosebire de starea de rău astmatic, în cursul unui atac de panică nu riscăm să murim, chiar dacă avem întotdeauna impresia unei morţi iminente în timpul crizei.

[1] Anafilaxia este o reacţie violentă a organismului, legată de sensibilitatea la o substanţă dată (n.a.).

În sfîrşit, fobiile numite „complexe", ca fobia socială sau agorafobia, se caracterizează prin alte simptome adăugate la crizele de frică ce le agravează evoluţia, la fel cum inflamarea bronhiilor se adaugă crizelor de bronhospasm în astmul cronic. Simptomele astea pot fi o anxietate cronică, de exemplu la subiecţii panicarzi care trăiesc cu groaza că vor avea noi crize; sau scăderea stimei de sine, ca în cazul fobicilor sociali, care se depreciază constant.

În sfîrşit, mesajul pe care doresc să-1 transmit pacienţilor mei, atunci cînd precizez această comparaţie, este că ei nu sînt responsabili de fobia lor aşa cum nici astmaticul nu este responsabil de astmul lui. Nu alegem să fim fobici: suferim de această boală şi ne-ar plăcea să scăpăm de ea. Contrar ideilor care circulă încă în lumea psihologiei sau în societate, fobicii nu se complac în această situaţie, nici nu se bucură că sînt fobiei.

Este la fel de dificil, la începutul bolii, să controlezi un atac de panică precum o criză de astm. Asta nu înseamnă însă că este imposibil. Nici că este imposibil să ne vindecăm. Pur şi simplu, fobicii, la fel ca alergicii, se lovesc de o dimensiune biologică a maladiei lor pe care începem s-o înţelegem mai bine în prezent şi de care orice tratament modern va trebui să ţină cont.

Cum să-ţi stăpîneşti fricile?

Dacă merg în pădure şi zăresc în faţa mea, chiar înainte să pun piciorul acolo, o formă semănînd cu un şarpe, voi face un salt brusc într-o parte. Nu era decît o creangă inofensivă; însă dacă ar fi fost un şarpe, fără această eschivă m-ar fi muşcat. Teama mea m-a protejat, cu preţul unei alerte false. Şi totuşi, această alertă n-a fost disproporţionată: n-am luat-o la fugă alergînd disperat. Este un progres în raport cu speciile animale mai puţin sofisticate - şi cu foarte îndepărtaţii mei strămoşi.

Ştim la ora actuală că sediul reacţiilor noastre emoţionale de frică se află în părţile cele mai vechi ale creierului nostru, creierul limbic sau „creierul emoţional[5]". De aici, o relativă „rusticitate": în faza incipientă a fricii e favorizată mai degrabă viteza de reacţie în loc de precizia percepţiei. De aceea, la fel ca toate emoţiile, şi teama este independentă de voinţa noastră, cel puţin în privinţa declanşării ei: nu putem împiedica apariţia reacţiilor noastre de frică. Însă le putem regla. Datorită evoluţiei, am moştenit un creier mai complex decît simplul creier limbic. Acest creier îl acoperă pe precedentul: de aici şi apelativul de *neocortex,* literal „scoarţa nouă", „învelişul nou". Prin intermediul lui, sîntem capabili să decodăm şi să ne reglăm emoţiile. Este una dintre explicaţiile „reuşitei" referitoare la fiinţa umană în raport cu celelalte specii. Comportamentul nostru nu se mai supune doar factorilor determinanţi simpli, de tipul „stimul-răspuns", care ar face ca, de îndată ce ne înspăimîntă ceva, să fugim sau să paralizăm în mod automat. Putem, în teorie, să ne reglăm reacţiile: de exemplu, să avem un prim reflex de frică şi să ne îndepărtăm rapid, apoi să ne răzgîndim, să vedem că nu există vreun pericol, să ne întoarcem să analizăm ce s-a întîmplat şi ce ne-a speriat.

Însă natura n-a făcut decît să depună deasupra „noul nostru creier" şi a lăsat creierul arhaic emoţional la locul lui. Vom vedea ca a procedat astfel pentru „cazul în care" ar fi existat reveniri la moduri anterioare de viaţă.

Capacităţile care reglează frica sălăşluiesc, aşadar, în părţile cele mai recente ale creierului nostru: cortexul cerebral. Reacţiile noastre de frică sînt, în realitate, rezultanta schimburilor între aceste două creiere şi decurg din sinteza dintre emoţia fricii şi reglarea ei. Să-ţi fie frică este benefic pentru supravieţuire. Să ştii să-ţi reglezi frica este benefic pentru calitatea şi inteligenţa vieţii.

Anticipare, simbolism, rememorare, imaginaţie: toate aceste însuşiri pe care le-am moştenit în fazele cele mai recente ale evoluţiei noastre ne permit să ne îmbogăţim şi să ne adaptăm reacţiile de frică. Pentru că definiţia cea mai exactă a fricii este reacţia la *conştientizarea* unui pericol: pot să nu mă tem chiar dacă am trecut printr-un adevărat pericol. Sau poate să-mi fie frică în timp ce nu există pericol decît în mintea mea şi nu în realitate.

Şi iată întreaga noastră problemă: sporirea complexităţii noastre cerebrale, care ar trebui la început să ne amelioreze reglarea fricilor, implică şi un risc sporit de funcţionări deficitare. Imaginaţia mă poate învăţa să-mi fie teamă de fantome, capacitatea mea de anticipare mă poate face să simt teama cu mult înainte ca asta

să fie util, sau faţă de evenimente care nu vor avea nici odată loc. Este ceea ce explică faptul că teama se poate exprima prin numeroase mijloace.

Diferitele feţe ale fricii

La fel ca toate emoţiile fundamentale, teama generează numeroase emoţii derivate: anxietate, angoasă, groază, panică... Teoreticienii consideră că fenomenele astea psihologice aparţin familiei fricii şi că trebuie înţelese cu referire la ea.

Astfel, *anxietatea* este o teamă anticipată. Ea este trăirea asociată cu aşteptarea, cu presentimentul sau cu apropierea Pericolului. *Angoasa* este o anxietate cu numeroase semne fizice. Amîndouă sînt frici „fără obiect": pericolul nu există încă. Însă deja ne este teamă.

Panica, teroarea, groaza sînt frici marcate de o intensitate extremă. Însă, paradoxal, şi ele pot apărea în lipsa oricărui pericol, pur şi simplu, la evocarea sau anticiparea lui. Ele se caracterizează prin pierderea oricărei forme de control asupra fricii.

Pe scurt, sub termenul de „frică" se pot adăposti o mulţime de fenomene psihologice. Cu toate acestea, este nevoie să nuanţăm pînă la extrem? Nu cred, aşa cum ilustrează acest mic dialog imaginar:

- Mi-e teamă de moarte!
- Nu, nu vă este teamă, sînteţi anxios, fiindcă teama dumneavoastră este fără obiect: nu vă pregătiţi să muriţi pe loc, sînteţi încă în viaţă.
- Da, de acord, nu mi-e frică, am angoase.
- Îmi pare rău, nu sînt angoase, ci anxietate, întrucît nu aveţi manifestări fizice clare asociate neliniştilor dumneavoastră.
- Tot ce ştiu e că mi-e frică...

Frica este astfel alfa şi omega tuturor neliniştilor noastre. Iată de ce voi utiliza cu plăcere în această lucrare cuvîntul „frică" pentru a descrie fenomene multiple: frici normale şi frici excesive, frici controlate şi frici de tipul panicii, frici anticipate şi frici retrospective, amintiri de frică şi cicatrici psihologice ale unor frici foarte mari..

.CAPITOLUL 2

De unde vin fricile şi fobiile?

Strămoşii îndepărtaţi şi-au transmis fricile speciei noastre. Ca toate moştenirile, aceste temeri sînt, în acelaşi timp, o şansă pentru supravieţuirea noastră, dar şi o povară pentru calitatea vieţii noastre.

Încă din prima noastră zi, sîntem „conectaţi la reţeaua fricii". Însă fricile noastre devin excesive abia mai tîrziu, prin traumatisme, educaţie, cultură. Fiecare frică are istoria ei, pe care credem că o cunoaştem sau care uneori ne rămîne misterioasă.

La sfîrşitul acestei istorii, anumite persoane au devenit mai vulnerabile la frică: femeile, de exemplu. De două ori mai mult ca bărbaţii. Nu le mai rămîne decît să fie de două ori mai înzestrate ca ei pentru a-şi controla fricile.

„Prin demnul anteriu pe care-1 port... ţi-e frică fără cauză şi fără motiv."
Franţois RABELAIS, *Cartea a patra*

Barnabe roşea de multă vreme şi asta îi distrugea cu adevărat viaţa.

Şef de întreprindere în provincie, ţinuse să călătorească pînă la Paris, pentru că aflase că secţia noastră din spitalul Sainte-Anne era specializată în tratarea fobiei sociale. Însă şi pentru că anonimatul îi convenea. Nu voia să se lase tratat de terapeuţii din oraşul lui - îi era ruşine de simptomele sale.

Reuşea totuşi să le ascundă destul de bine, de exemplu refugiindu -se în spatele unei atitudini dispreţuitoare şi distante, care nu te invita deloc să te apropii de el. Vorbea foarte tare, fixînd privirea interlocutorului său cu intensitate, forţîndu-1 parcă să-şi coboare ochii, să se simtă jenat înainte ca propria lui jenă să fie vizibilă.

Barnabe suferea de o formă severă de fobie socială: era ereutofob, adică se temea în mod obsesiv să roşească în faţa altcuiva.

Foarte rapid mi-a precizat că a fost vreo zece ani la şedinţe de psihanaliză. A lucrat mult, îmi spunea el, asupra originii fobiilor, însă asta nu l-a ajutat să scape de ele. I-am cerut să-mi împărtăşească rodul acestei munci. Unul dintre unchii lui a fost un mare plenipotenţiar, ministru al guvernului de la Vichy, care colaborase intens cu germanii. A fost împuşcat după eliberare, însă toată familia a fost bănuită de colaboraţionism şi şi-a văzut reputaţia ruinată imediat după război, fiind obligată să se mute într-un alt oraş mare din Franţa. „Plătesc ruşinea aceasta familială, îmbujorarea mea este teama de a fi demascat, teama de acest trecut." Problema este că explicaţiile astea psihogenealogice, oricît de logice ar fi fost, nu l-au ajutat deloc să se debaraseze de frica lui obsedantă de a roşi. În aceşti ultimi ani, Barnabe a suferit două episoade depresive destul de serioase şi a început să bea din ce în ce mai mult alcool în fiecare seară la întoarcerea acasă, „ca să-mi calmez stresurile sociale din cursul zilei", spunea el.

Toate acestea necesitau într-adevăr un tratament, aşa că l-am înscris pe lista de aşteptare pentru viitoarea noastră şedinţă de terapie în grup. Ne tratăm cu plăcere pacienţii cu fobie socială, în grup, dintr-o sumedenie de motive. În primul rînd, este o ocazie de a face exerciţii în faţa publicului alcătuit din pacienţii grupului şi din studenţii noştri stagiari, deoarece multe frici de fobie socială sînt legate de înfruntarea judecăţii unui grup. Este şi ocazia unei susţineri şi întrajutorări între pacienţi, care se simt mai puţin singuri în cazul lor. Şi, nu în ultimul rînd, aceste şedinţe facilitează conştientizările în raport cu unele dintre credinţele lor.

După ce a aflat că alte două persoane din grup suferă şi ele de teama obsedantă de a se înroşi în public, Barnabe era foarte nerăbdător să înceapă şedinţele. Nu vorbise nici odată despre necazul lui cu nimeni şi credea că era singurul om de vîrsta lui care se temea atît de tare să roşească.

A sosit şi ziua cea mare. După regulile existente în grupurile noastre, fiecare pacient s-a prezentat celorlalţi. L-am lăsat deliberat pe Barnabe la urmă. Mă temeam ca vocea lui groasă şi aparenta lui siguranţă să nu-i impresioneze inutil pe ceilalţi pacienţi. Şi aşteptam şi să se întîmple ceva anume... În timp ce doi pacienţi care se înroşeau se prezentau şi-şi relatau povestea, îl supravegheam pe Barnabe cu coada ochiului. L-am văzut nu înroşindu-se, ci pălind. Într-adevăr, pacienţii relatau exact povestea lui. Nu cea personală, cu unchiul colaboraţionist şi ruşinea familiei lui, ci aceeaşi poveste a înroşirilor incontrolabile, neprevăzute, disproporţionate sau incomprehensibile, aceeaşi poveste de ruşine şi disimulări, de fugi, evitări, temeri absurde... Totul era acolo. Atunci cînd i-a venit rîndul, Barnabe s-a ridicat şi, cu o voce stinsă, foarte emoţionat, şi-a povestit la rîndul lui problema. Nu a încercat să impresioneze sau să simuleze. A vorbit despre el şi despre fricile lui simplu şi sincer. Apoi a terminat prin aceste cuvinte: „Pînă să vă ascult, credeam că eram singurul care simte toate astea, din cauza istoriei mele familiale. Însă am înţeles că era vorba de altceva..."

După şedinţa de grup, Barnabe i-a invitat pe ceilalţi pacienţi la un pahar şi i-a chestionat îndelung. Niciunul din cei doi pacienţi care şi-au spus povestea nu a cunoscut o ruşine familială similară cu a lui... În schimb, cele trei poveşti ale lor se asemănau în mod izbitor: aceeaşi apariţie a înroşirilor în adolescenţă, aceleaşi evitări, aceleaşi renunţări, aceeaşi distanţare progresivă, aceleaşi suferinţe, aceleaşi pierderi... Apoi teama absurdă de a roşi în faţa oricui, pentru orice. Neîncrederea progresivă: oamenii l-au observat? Individul acela n-o să-mi facă remarci în legătură cu asta? Traiectoriile lor erau aproape interschimbabile.

Şi, mai ales, au comis aceleaşi „erori de pilotaj": să-şi reprime emoţiile, să le fie ruşine, să se ascundă, să nu se destăinuie de teamă de a nu fi judecaţi, să-i perceapă mereu pe ceilalţi ca pe nişte potenţiali agresori, chiar să-i agreseze preventiv ca să-i ţină la distanţă... Aceste erori le-au transformat emotivitatea jenantă într-un handicap, mult mai sigur şi inexorabil ca orice blestem familial, precum cel al lui Barnabe.

Desigur, istoria familială a lui Barnabe a jucat un rol în personalitatea şi viaţa lui. Mai puţin însă în fobia lui, poate doar ca factor agravant, printre altele. Majoritatea celor care se înroşesc nu au strămoşi colaboraţionişti. Şi cei mai mulţi dintre descendenţii colaboraţioniştilor nu suferă de fobie socială.

De ce mi-e frică şi mie?

Cercetarea cauzelor, în psihiatrie, s-a înrudit multă vreme cu căutarea Graalului. Cu un crez: „Atîta vreme cît nu veţi fi adus la lumină originea fricilor voastre, veţi continua să suferiţi de ele." Şi multă vreme, psihoterapiile îşi stabileau mai ales ca scop „să meargă la bază", să sape, din ce în ce mai adînc, în căutarea

cauzelor ascunse, îngropate, refulate în inconştient. Uneori, această metodă dădea rezultate. Dar de multe ori nu era suficient. Mai rău: după ani de acest regim, unii pacienţi, forţaţi „să meargă la bază", rămîneau pe deplin afundaţi în groapa lor psihoterapeutică6... Este foarte interesant să ştim de ce sîntem fobici, şi uneori util, pentru a ne schimba. Însă alteori nu, mai ales dacă este singurul demers întreprins. Căutarea aprigă a cauzelor nu trebuie să înlocuiască efortul de zi cu zi pentru a stăpîni simptome deconectate de originile lor îndepărtate, devenite „simptome vestigiale[7]", „fantome ale nevrozei vechi[8]".

Există două mari întrebări legate de temeri şi fobii.

Prima este cea pe care o pun - adesea - persoanele care nu au fobii sau au puţine: de unde vin aceste frici excesive? Din copilărie? Din inconştient? Vom aborda ipotezele legate de simbolismul inconştient al fobiilor în capitolul despre tratamente şi vom vedea că ipotezele astea, deşi foarte seducătoare, s-au dovedit de o eficacitate terapeutică limitată.

A doua întrebare este cea care şi-o pun - întotdeauna - persoanele care suferă de fobii: cum mă pot vindeca de ele? Şi cum să trăiesc fără aceste frici constante, care-mi reduc autonomia, libertatea, care mă fac uneori să-mi pierd demnitatea?

Dacă cineva are scleroză în plăci, îl tratăm. Nu ne petrecem cea mai mare parte a timpului căutînd să înţelegem de ce este afectat de această maladie. Această căutare a cauzelor este sarcina cercetătorilor, a epidemiologilor. Este o muncă foarte importantă, dar care nu trebuie să înlocuiască tratarea afecţiunii. Or în psihologie, pacienţii au fost lăsaţi mult timp să creadă că dacă înţelegeau originea acelor simptome era suficient pentru a le face să dispară. Acest lucru s-a dovedit de două ori fals: în general, a înţelege nu este suficient şi uneori scopul de a „scăpa de simptome prin intermediul unei adevărate terapii în profunzime" este, pur şi simplu, nerealist.

De unde vin fobiile şi fricile excesive?

„Cauza? întotdeauna cauza...", ar fi spus într-o zi psihanalistul Jacques Lacan. De data aceasta, cuvintele lui au fost clare şi credibile: de multă vreme, au existat atîtea ipoteze despre originea fobiilor... Era mai prudent să nu pierzi prea mult vremea cu ele ca să tratezi.

► Teoriile tradiţionale ale fricilor excesive

Cunoscute şi descrise dintotdeauna de medici şi scriitori, fricilor excesive li s-au atribuit cauze variate de-a lungul epocilor. Multă vreme, ele au fost interpretate ca nişte manifestări supranaturale - posedare demonică, punere la încercare de către o divinitate - sau inexplicabile. Astfel, în Neguţătorul din Veneţia, Shakespeare îl face pe Shylock să spună: „Se zbîrlesc unii cînd cască un purcel; turbează alţii cînd privesc o mîţă; iar alţii, cînd cimpoiul foşnăieşte, nu-şi pot reţine udul!... Căci simţirea, stăpîna patimii, le duce toate în pas cu ce iubim, cu ce urîm..."

Începînd din secolul al XlX-lea, psihiatrii au căutat explicaţii medicale fobiilor (excitare neurologică, degenerescenţă fiziologică) sau morale (slăbiciune de caracter, exces de masturbare). Apoi, odată cu tezele lui Freud, la începutul secolului XX, fobiile au devenit pentru psihanalişti simptomele aparente ale unui conflict inconştient şi rezultatul formelor de apărare destinate să protejeze eul. Pentru analişti, nevroza fobică, sau „isteria de angoasă", s-ar explica prin existenţa unui conflict de natură sexuală[9]. Pentru a evita să-l înfrunte, fobicul ar refula acest conflict în inconştient: prin această formă iniţială de apărare, refularea, el diferenţiază afectul (angoasa) de reprezentarea lui (conflictul). Ar recurge ulterior la alte două forme de apărare, deplasarea şi proiecţia, care constau în a transfera angoasa asupra unui alt obiect, exterior subiectului. Un conflict intern omniprezent s-ar găsi astfel transformat în teamă externă, mai uşor de evitat. Fobia n-ar fi, aşadar, decît un simptom, iar suprimarea ei n-ar folosi la nimic atîta vreme cît conflictul primordial n-a fost rezolvat.

Problema este că niciuna din aceste două abordări, morală sau psihanalitică, nu ducea la un tratament cu adevărat eficace.

Iată, de exemplu, ce propunea doctorul Gelineau, neuropsihiatru parizian de la sfîrşitul secolului al XIX-lea[10]: „Există, în cele din urmă, un alt mod de tratament complementar foarte puternic care nu trebuie neglijat, întrucît este vorba aici despre o nevroză psihopatică; este tratamentul moral. Să ne vindecăm fobicii

îndepărtînd, totodată, circumstanţele care par să le provoace accesele, să le arătăm că temerile lor sînt himerice (ceea ce ei consimt, de altfel), să-i ajutăm să-şi revină în fire, părînd, de asemenea că le împărtăşim impresiile, dar şi pericolele; să le arătăm că, printr-o voinţă fermă, îşi vor învinge slăbiciunile; înainte de a-i sugestiona hipnotic, să-i sugestionăm în stare de veghe; să le redăm părerea bună pe care o aveau despre ei înşişi: în ziua în care vor avea încredere şi energie, durerea lor se va disipa ca un fum uşor, cu ajutorul medicaţiei!" Vedem că Gelineau, care descrie, de altfel, foarte bine simptomele şi numeroase mecanisme fobice, insistă asupra eforturilor de voinţă. Şi consideră implicit fobia ca pe o debilitate şi slăbiciune a acesteia din urmă.

Cît despre analiză, s-a dovedit rapid că se găsea în dificultate în faţa pacienţilor fobici: „Pentru toate motivele pe care le-am indicat, tratarea fobiilor nu este lucru uşor, deoarece, încă o dată, nu conflictul intern se exprimă în fobie, ci surparea bazelor narcisice ale organizării sinelui care constrînge subiectul să reinvestească o funcţionare primitivă în cursul căreia el a putut să se descarce de răutatea pulsională şi să construiască un sentiment de coeziune şi de unitate care prin istorie a fost pus în pericol. Toţi analiştii vor vorbi despre dificultatea pacientului de a se elibera de o fobie invalidantă[11]..."

A fost necesar, aşadar, să se găsească noi piste explicative.

► Explicaţiile actuale ale fricilor excesive

Progrese foarte importante au fost realizate în aceşti ultimi ani: concepţia noastră actuală despre fobii este mai puţin poetică sau pitorească, însă mai pragmatică şi mai ştiinţifică. Şi, mai ales, deschide calea spre perspective de tratament eficace.

Fricile patologice şi fobiile sînt considerate rezultatul unei duble influenţe, pe de o parte, cea a unor predispoziţii biologice, în principal înnăscute (o moştenire familială individuală, dar şi o ereditate colectivă, la nivelul speciei), şi pe de altă parte cea a influenţelor de mediu, şi deci dobîndite (o istorie personală). Ponderea respectivă a acestor doi poli de influenţă variază în funcţie de fobii. Unele, precum cele de apă, de înălţimi sau de animale, par foarte legate de factori genetici. Pentru altele, precum fobia şofatului în urma unui accident, cîntăresc mai greu factorii de mediu.

Însă cel mai adesea, fricile foarte mari se explică prin epigeneză, adică interacţiunea dintre gene şi mediu. Influenţa genetică, reală, nu este un determinism tradiţionalist, în care cutare genă ar implica un cutare comportament[12]. În primul rînd, pentru că nu există o singură genă care să transmită o vulnerabilitate la frică, ci mai multe (mecanism poligenetic). Apoi pentru că gradul lor de penetrare poate varia, adică se pot exprima mai mult sau mai puţin în comportamentul persoanei. În sfîrşit, este posibil ca informaţia genetică transmisă să nu fie decît o tendinţă generală a unei „afectivităţi negative", adică ansamblul predispoziţiilor de a simţi emoţii patologice precum teama sau tristeţea[13]. Pentru a încheia, şi asta este cel mai important, aceste tendinţe vor ieşi sau nu la lumină în funcţie de mediu: genetica nu face, în general, decît propuneri, „promisiuni", pe care întîmplările sau necesităţile existenţei le vor împlini sau nu.

Să luăm exemplul diabetului: aceeaşi vulnerabilitate se va exprima diferit, în funcţie de familia în care vă naşteţi - fie într-una de eschimoşi trăind tradiţional, cu un program de sport zilnic şi o alimentaţie bogată în peşte şi săracă în zaharuri rapide, fie într-una de americani din clasa defavorizată, care petrece şase ore pe zi în faţa televizorului şi consumă neîncetat junk food, altfel spus alimente prea dulci şi prea bogate în calorii[14]. Într-un caz, nu veţi fi supuşi riscului dumneavoastră genetic. În celălalt, da.

Acelaşi lucru este, fără îndoială, valabil şi pentru frici: un copil foarte emotiv poate avea traiectorii de viaţă foarte diferite: mediul lui va putea juca un rol agravant - prin intermediul experienţelor angoasante precoce sau al greşelilor educative - sau reparator şi preparator - prin intermediul experienţelor de viaţă securizante fără a fi supra-protectoare, şi al unei educaţii de a înfrunta fricile şi a-i tempera răspunsurile emoţionale.

Atenţie, nu doar genetica ne influenţează maşinăria cerebrală şi tendinţele noastre biologice legate de anxietate: evenimentele de viaţă precoce o fac în egală măsură. Acest lucru a fost demonstrat la animale: şoriceii lipsiţi de mamă sau crescuţi în medii artificiale vor avea mai multe manifestări de frică şi anxietate odată deveniţi adulţi. Există supoziţia că stresul in utero, adică impactul pe care-l au asupra fetusului

problemele emoţionale ale mamei, are acelaşi efect la om[15]. Experienţele de viaţă lasă întotdeauna o urmă în creierul nostru. Însă această „neuroplasticitate" nu are sens unic: vom vedea că eforturile depuse în timpul terapiilor eficace pot modifica, în schimb, dimensiunea biologică a fobiilor.

Fricile copilului

La fel ca oricui altcuiva, vă este teamă de întuneric, de lup, de monştri ascunşi sub pat, de necunoscuţi, teamă să vă părăsiţi mama, să săriţi de pe trambulina mare etc. Fricile copilăriei sînt numeroase, se ştie. Este normal, deoarece copilul este fragil, şi, cu cît o fiinţă este mai fragilă, cu atît teama îi este mai utilă: ea reprezintă o protecţie reflexă, preţioasă şi indispensabilă în raport cu eventualele pericole.

Toţi copiii manifestă, la un moment dat al dezvoltării lor, frici excesive, care se vor estompa treptat şi vor ajunge să fie stăpînite, sub efectul educaţiei şi al vieţii în societate. Aceste frici nu se nasc din întîmplare. De exemplu, teama de înălţime sau cea de un străin nu se manifestă decît odată cu apariţia locomoţiei[16]: aşezaţi pe o suprafaţă de sticlă care atîrnă deasupra unei prăpăstii, copiii mai mici de opt luni nu prezintă încă semne de înţelegere. Acestea nu vor apărea decît mai tîrziu. Într-adevăr, fricile survin doar în momentul în care copilul mic are „nevoie" de ele, pentru a-l ajuta să nu-şi asume prea multe riscuri. Educaţia părinţilor îi va permite apoi să depăşească trăsăturile definitorii ale acestor temeri şi să-şi moduleze astfel reacţia de frică. Teama de înălţimi nu se va declanşa decît la o înălţime foarte mare, sau în lipsa unei balustrade protectoare, sau dacă se găseşte fără sprijin stabil. Teama de adulţii necunoscuţi nu va apărea la copil decît în lipsa oricărei alte prezenţe familiare etc.

În privinţa utilităţii acestor înţelegeri, iată ce a arătat un studiu interesant: copiii care se temeau mai puţin de înălţimi sufereau mai multe răni decît ceilalţi[17]. În schimb, cei care au mai puţine temeri în copilărie par să se bucure de o mai bună reuşită în sport la adolescenţă şi la vîrsta adultă[18].

Cu timpul, majoritatea temerilor copilului vor dispărea. Unele nu vor rămîne decît frici excesive. Însă altele vor evolua spre tulburări fobice. De aceea tendinţa actuală este de a nu mai categorisi sistematic toate fricile copilului ca normale, benigne şi destinate să treacă odată cu înaintarea în vîrstă. Adevărul e că aproape 23% dintre ele ascund în realitate o boală anxioasă de care e mai bine să ne preocupăm din primele stadii[19]. Deoarece, contrar a ceea ce se crede uneori, părinţii subestimează destul de des fricile copiilor lor, fie că acestea sînt diurne[20] sau nocturne, de exemplu sub formă de coşmaruri[21].

Să amintim că, în general, se consideră că vîrsta de apariţie a unei frici fobice este un indiciu al importanţei respective a factorilor înnăscuţi sau dobîndiţi: în lipsa unui traumatism declanşator manifest, cu cît apariţia este mai precoce, cu atît factorii înnăscuţi atîrnă mai greu şi invers. Astfel, primele manifestări ale fricii excesive de sînge sau înaintea luării de sînge au loc în medie între 8 şi 14 ani. Se consideră că aceste fobii au un important teren genetic. În schimb, fobiile şofatului apar în general între 26 şi 32 de ani şi se consideră că au rezultat frecvent în urma unor evenimente de viaţă, de exemplu o implicare în accidente ca victimă, responsabil sau martor[22].

Fricile aparţin patrimoniului omenirii!

Psihiatrul englez Isaak Marks, marele specialist în frici şi fobii, povestea istoria uneia dintre pacientele sale care privea fotografii cu şerpi în timpul unei călătorii în maşină (o idee năstruşnică, dar în fine...) şi la un moment dat are loc un accident. Ce fobie a dezvoltat în urma acestui eveniment? De maşini? Nu, de şerpi[23]... Se pare că, atunci cînd avem „opţiunea" de a deveni fobic faţă de un obiect sau altul, fobia noastră se va axa întotdeauna pe teama cea mai „naturală" şi ancestrală: forţa inconştientului colectiv...

► Frici care ne-au salvat...

La specia umană, psihologii evoluţionişti au emis ipoteza unei influenţe a selecţiei naturale asupra existenţei şi persistenţei fricilor şi fobiilor: majoritatea stimulilor fobiei erau legaţi în realitate de obiecte sau situaţii care reprezentau, fără îndoială, un eventual pericol pentru strămoşii noştri îndepărtaţi, precum animalele, întunericul, înălţimile, apa...

În mediul nostru tehnologic contemporan, în care natura este în mare parte controlată, animalele periculoase închise în cuşcă, pantele înconjurate de bariere, aceste situaţii nu mai par deloc la fel de

periculoase pe cît puteau fi altădată. Însă noi am păstrat într-o oarecare măsură amintirea lor, într-un inconştient biologic colectiv.

Fricile foarte mari ar aparţine, aşadar, „bazinului genetic" al speciei noastre, căreia i-ar fi facilitat supravieţuirea, făcînd-o să evite situaţiile periculoase, cel puţin într-o epocă anume[24]. Sînt ceea ce numim fobii „pregătite" (de evoluţie), „pretehnologice" sau „filogenetice" (referitoare la dezvoltarea speciei).

Aceste fobii naturale se declanşează mai uşor la majoritatea subiecţilor şi, odată apărute, sînt mai greu de suprimat. În schimb, fobii precum cele de avion, de şofat, de arme sînt numite „nepregătite", „tehnologice" sau „ontogenetice" (referitoare la dezvoltarea individului). Ele se dobîndesc mai des prin deprindere, mai ales în urma unor experienţe traumatice, şi sînt mai labile ca precedentele.

► Fobiile ca moştenire a speciei: de la ipoteze la dovezi

Dovezile experimentale ale acestei teorii evoluţioniste a fricilor foarte mari sînt destul de greu de concretizat, însă diverse cercetări pe om, precum şi pe animale par să-i confirme pertinenţa.

Cu cît o specie este mai puţin evoluată, cu atît mai mult fricile ei vor fi înnăscute şi reflexe. Puii de raţă ieşiţi din ou înţepenesc pe loc de îndată ce silueta unei răpitoare se profilează deasupra lor. Trebuie specificat, de altfel, că reflexul acesta de imobilizare în faţa fricii este prezent la toate speciile, chiar şi la a noastră, şi că are un motiv foarte simplu: vederea la mai toţi prădătorii este foarte sensibilă la mişcare. Este ceea ce le permite matadorilor să hipnotizeze taurii de coridă şi să-i epuizeze în căutarea unei mulete mereu în mişcare, în timp ce ei înşişi rămîn imobili la apropierea cornului.

Să ne întoarcem la fricile noastre: multe dintre ele sînt înnăscute, aşadar. Teama de pisică este spontană la şoareci, chiar dacă ei n-au întîlnit nici odată una înainte. Însă la speciile mai evoluate, ca primatele, capacităţile de a simţi teama sînt latente şi nu se vor activa decît în urma unor situaţii concrete. Asta reprezintă un avantaj evolutiv sigur, evitînd, atunci cînd sistemul funcţionează bine, apariţia temerilor inutile[25].

De exemplu, maimuţele crescute în laborator nu manifestă niciuna spontan teamă de şerpi. Cel puţin pînă cînd nu sînt puse în contact cu alte maimuţe din aceeaşi specie, însă crescute în mediul natural: după ce au observat că acestea din urmă refuză cu încăpăţînare să se apropie de hrana plasată alături de un şarpe, maimuţele de laborator încep să dezvolte la rîndul lor o teamă intensă şi durabilă de şerpi.

Însă acest tip de învăţare socială a fricilor nu este aplicabil oricui! Am putut învăţa maimuţe tinere de laborator să se teamă de şerpi arătîndu-le casete video cu maimuţe adulte speriate de o reptilă. Dar dacă, într-un montaj, înlocuim în aceeaşi înregistrare video şerpii cu flori, maimuţele nu vor dezvolta nici o teamă de chiar dacă şi-au văzut congenere speriate de acestea. Iată de ce nu întîlnim niciun pacient fobic care se teme de pantofi sau periuţe de dinţi: noţiunea de pericol potenţial, chiar minimă, este necesară dezvoltării unei fobii.

Studii de acest tip au avut loc şi pe oameni. De exemplu, unor persoane voluntare li s-a cerut să privească imagini, unele legate de frica de o specie (păianjeni, şerpi...) şi altele legate de obiecte non-fobogene (flori, ciuperci...). Voluntarii, evident preveniţi dinainte, au fost confruntaţi la fiecare dintre aceste imagini, în mod aleatoriu, fie cu mici şocuri electrice dureroase, fie cu un zgomot violent. Atunci cînd li s-a cerut să-şi amintească ce imagini erau cel mai des asociate cu micul şoc electric, subiecţii au răspuns aproape în unanimitate că era vorba despre păianjeni sau de şerpi, deşi, în realitate, numărul acestora a fost egal cu cel al florilor şi ciupercilor26- Sîntem, aşadar, pregătiţi inconştient să asociem senzaţii neplăcute cu anumite situaţii din mediul înconjurător, stocate şi etichetate ca periculoase în memoria speciei noastre. Fricile noastre patologice nu vor rata ocazia să exploateze acest mecanism.

► Omenirea are nevoie de fobicii ei...

Specia noastră are, fără îndoială, nevoie ca unii dintre reprezentanţii ei să fie fobici. La fel cum există o biodiversitate care înseamnă o bogăţie, această psihodiversitate constituie un „plus" pentru omenire.

Dacă un organ sau o funcţie devine inutil(ă) pentru specia noastră, ace(a)sta tinde să se atrofieze puţin cîte puţin. Astfel sîntem mai puţin păroşi ca strămoşii noştri de cînd am inventat hainele şi încălzirea centrală. Avem mai puţini molari: măselele noastre de minte dispar treptat la nivel de specie, iar mandibulele

noastre se micşorează, deoarece mîncăm mai multă hrană gătită şi moale, de aceea putem mesteca mai puţin pentru a digera alimentele. De cînd nu ne mai agăţăm în copaci, nu mai avem coadă, ci doar un mic coccis...

În schimb, manifestăm întotdeauna temeri înnăscute. Potrivit psihologilor evoluţionişti, aceste tendinţe spre dezvoltarea fricilor vor persista foarte multă vreme în sînul speciei noastre înainte să se stingă, conform principiului „nu se ştie nici odată". Motivul ar fi păstrarea unui stoc de detectori de pericole destinat să asigure supravieţuirea speciei noastre. De ce să păstrăm în stocul genetic teama instinctivă de şerpi? Dacă, din motive climatice, Pămîntul ar fi invadat de şerpi veninoşi, fobicii de reptile, cu sistemul lor de detectare ultra-perfecţionat, ar supravieţui, negreşit, într-un număr mai mare ca non-fobicii, ar conduce seminare de supravieţuire pe tema „cum să detectezi prezenţa unui şarpe în ierburile înalte" etc. Iată de ce păstrăm în memorie această frică de şerpi. Prin urmare, consolaţi-vă dacă sînteţi fobic. Odată vindecat, veţi fi mai bine adaptat la toate tipurile de teren ale genului uman: eliberat de fricile dumneavoastră cotidiene şi gata să înfruntaţi toate modurile de viaţă cu zîmbetul pe buze...

Putem chiar aprofunda aceste ipoteze: ştim că avem nevoie de sentimentul de teamă, că el ne poate fi util într-o zi. Dar pentru că trăim în Occident, în societăţi mai sigure ca nici odată, simţim uneori impulsul de a ne „imuniza" împotriva acestui sentiment de frică, mergînd să vedem filme de groază la cinematograf, urcîndu-ne în montagne russe sau plimbîndu-ne cu trenul fantomă la petrecerile cîmpeneşti, practicînd bungee-jumping... Aşa se explică, fără îndoială, şi gustul copiilor pentru jocuri în care se amuză „speriindu-se". Îmi amintesc în legătură cu asta că m-am dus într-o zi la cinematograf ca să văd un film pentru copii cu cele două fete ale mele. I-am uitat titlul, însă unele scene erau puţin îngrijorătoare. Cea mai mică din fetele mele se temea cu adevărat şi, ca să se liniştească, îmi comenta cu regularitate filmul: „Oh, acolo! Ai văzut? Pfff... Cum o să facă? Nu mi-ar plăcea să fiu în locul lui..." Îi răspundeam în acelaşi registru, ca să-i ţin companie în faţa fricii. După o vreme, sora ei mai mare s-a întors furibundă spre noi şi ne-a ordonat să încetăm cu flecăritul: „Tăceţi un pic! Mă împiedicaţi să-mi fie frică!"

Îmi place să le amintesc pacienţilor mei aceste teorii evoluţioniste ale fricii: este important pentru ei să le cunoască, pentru a se dezvinovăţi de faptul că sînt fobici. Nu sîntem, în final, decît reprezentanţi ai psihodiversităţii speciei noastre.

Să renunţăm la culpabilizare, dar nu la responsabilizare: avem în continuare responsabilitatea de a face eforturi pentru a limita aceste tendinţe...

Nu sîntem egali în faţa fricilor şi fobiilor: istorii ale predispoziţiilor

Toate lucrările despre care tocmai am menţionat se referă la transmiterea genetică a unei vulnerabilităţi fobice la nivelul ansamblului speciei umane. La nivel individual, studiile au condus la ipoteza unei transmiteri genetice în cazul anumitor fobii.

Numeroase cercetări au fost efectuate pe cupluri de gemeni[27]; Gemenii interesează geneticienii deoarece se pleacă de la premisa că ei primesc, în mare, aceeaşi educaţie. Însă n-au neapărat aceleaşi gene, după cum sînt gemeni monozigoţi (proveniţi din acelaşi ovul, deci „gemeni adevăraţi") sau dizigoţi (proveniţi din ovule diferite, deci „gemeni falşi"). Dacă o trăsătură (frica) sau o tulburare (fobia) se regăseşte mai des la monozigoţi decît la dizigoţi, asta depinde, cel puţin în parte, de factori genetici.

Studii efectuate pe gemene în privinţa unei fobii sociale par să indice o componentă genetică importantă a acestei boli. În cazul panicii, cele mai multe studii au înregistrat o transmitere genetică a acestei tulburări. Un studiu referitor la 2.163 de gemene părea să indice că fobiile specifice, mai ales cele legate de animale, ar implica, bineînţeles, şi ele o parte genetică. Însă am vorbit deja despre asta, modelul de moştenire nu este clar pentru moment: o genă simplă cu pătrundere incompletă sau transmitere poligenetică? Ceea ce se transmite reprezintă tulburarea fobică în sine sau, mai probabil, un teren anxios predispus?

Trebuie precizat că, în toate cazurile, rolul mediului înconjurător rămîne determinant, pentru a împiedica sau facilita exprimarea tulburării. Deoarece genetica se poate dovedi culpabilizantă pentru unii părinţi tentaţi să-şi spună: „În plus, i-am transmis genele mele proaste". Din fericire, progresele înregistrate în genetică sînt însoţite de progresele în materie de îngrijire şi prevenţie: un părinte fobic vindecat va şti mai bine să depisteze la timp fragilitatea copilului său şi-l va ajuta sau se va asigura că este ajutat[28].

► Populaţii mai fragile?

În rîndul populaţiilor de mamifere, există, se pare, un procentaj de indivizi mai temători decît ceilalţi. De exemplu, etologii au arătat că, într-o populaţie de maimuţe capucin, aproximativ 20% dintre indivizi par foarte vulnerabili la frică[29]. Cercetătorii au creat, de asemenea, în laboratoare linii de descendenţă ale unor animale foarte fricoase, de exemplu la şoareci[30]. Aceste animale se dovedesc, totodată, mai sensibile la temerile înnăscute ale speciei lor, însă şi mai receptive la temerile condiţionate, cum ar fi, de exemplu, să înveţe să se teamă de o situaţie dacă ea a fost asociată de mai multe ori cu un mic şoc electric dureros sau cu un zgomot violent. Aceste specii au nevoie de mai mult timp pentru a se desensibiliza de fricile lor dobîndite. Cum se interpretează aceste date la specia noastră?

► Temperamentul de inhibiţie în faţa noutăţii

Pentru anumiţi cercetători, ar exista şi fiinţe umane vulnerabile în mod precoce la riscul apariţiei unei fobii ulterioare. În conformitate cu lucrările lui Jerome Kagan, cercetător la Harvard, aproximativ 10% dintre copiii din populaţiile de sorginte europeană prezintă un temperament vulnerabil, care-i predispune la emoţia de frică în faţa situaţiilor noi. Aceste reacţii sînt prezente şi depistabile încă din primele luni de existenţă[31]. Atunci cînd punem aceşti copii în faţa unor stimuli neobişnuiţi, precum masca unui cîine, o persoană necunoscută, un zgomot brusc, un robot jucărie de talie mare, observăm că reacţiile lor sînt marcate de o inhibiţie anxioasă. Copiii non-sensibili se orientează cel mai adesea după o secvenţă alcătuită dintr-un răgaz de observaţie prudentă, urmat de un comportament de apropiere.

Aceste tendinţe sînt destul de stabile: trei sferturi dintre copiii foarte temători la 21 de luni erau la fel şi la 7 ani. Şi invers, trei sferturi dintre copiii foarte puţin temători la 21 de luni aveau acelaşi comportament şi la 7 ani. Potrivit studiilor care urmăresc evoluţia lor pe termen lung, copiii inhibaţi şi anxioşi în faţa stimulilor noi prezintă un risc mai mare ca alţii să devină fobici sociali sau panicarzi, fără îndoială pentru că sînt mai vulnerabili şi uşor condiţionaţi de evenimentele neplăcute care li se pot întîmpla în perioada copilăriei şi adolescenţei[32].

►Hipersensibilii şi hiperemotivii sînt predispuşi la fobie?

„Cred că nu sînt fobică din întîmplare: sînt foarte emotivă în toate domeniile, cel al fricii, ca şi celelalte", îmi povestea într-o zi o pacientă. „Plîng ca o fetiţă în faţa filmelor triste, cel mai mic adagio îmi smulge lacrimi, nu-mi plac zgomotele puternice, fumul de tutun îmi provoacă migrenă... Nu sînt capricii, am făcut multă vreme eforturi ca să ascund sau să stăpînesc toate astea. Însă corpul meu e cel care comandă şi am admis în final că era mai bine să-1 respect decît să-l ignor. Cît despre fobia mea, o consider ca pe una dintre manifestările emotivităţii mele accentuate."

Conform psihologului californian Elaine Aron[33], la nivelul unei populaţii ar exista un procentaj important de persoane (aproximativ 20%) care prezintă un prag de saturaţie senzorială mai scăzut ca media. Toată lumea poate fi „agresată" de mediul ei, însă este o chestiune de doză, şi unii vor simţi efectele mai repede ca alţii: subiecţii foarte sensibili vor percepe stimulările excesive ale mediului lor ca pe nişte agresiuni dureroase, fie că stimulările acestea sînt mecanice (zgomote, mirosuri), relaţionale (interpelări, remarci) sau emoţionale (influenţe ale vremii, filme violente). Această vulnerabilitate s-ar aplica şi senzaţiei de frică: dacă subiecţii în cauză se percep ca temători şi „fricoşi", motivul n-ar fi lipsa curajului, ci un exces de tumult emoţional în faţa pericolului. Un studiu a arătat că printre militarii englezi însărcinaţi să dezamorseze bombele în Irlanda de Nord, cei care au primit cele mai multe medalii, şi care au dat dovadă de cel mai mare curaj pe teren, au fost cei care au înregistrat cea mai scăzută acceleraţie a ritmului cardiac în situaţii de stres[34].

Dacă ipotezele în speţă ar fi verificate, ceea ce nu-i cazul deocamdată, aceste persoane foarte sensibile ar fi candidaţi mai buni la condiţionările fobice, pentru că ele s-ar dovedi mai receptive la şocurile emoţionale pe care le provoacă frica.

►Intoleranţa la frică: frica de frică

„De îndată ce simt primul nod în gît, începutul începutului fricii, mă panichez. Imediat mă gîndesc că totul o să se sfîrşească rău. Această nelinişte va creşte, şi va creşte, ca laptele pe foc, va da pe afară şi va

strica totul, mă va inunda. Mi-e frică să-mi fie frică, Însă ştiu bine că propria mea teamă de frică joacă rolul focului de sub cratiţă şi că ea atrage după sine catastrofa. Faptul de a şti asta nu mă împiedică să mă panichez, să-mi fie teamă că voi muri sau voi înnebuni din cauza fricii. Sau să fac orice, ca de pildă să mă arunc în faţa metroului dacă sînt pe peron..."

Multe persoane fobice cunosc fenomenul fricii de frică. Specialiştii în psihologia cognitivă vorbesc despre sensibilitate anxioasă (anxiety sensitivity), iar această frică de a simţi anxietatea, semnele prevestitoare ale fricii, este frecventă în toate fobiile[35]. Ea este asociată cu o receptivitate crescută la semnele fizice legate de frică. Chestionarele de cercetare care o evaluează conţin relatări precum: „Atunci cînd îmi simt inima că bate rapid mă tem să nu am o criză cardiacă".

Această dimensiune de sensibilitate anxioasă este corelată cu riscul de ambalare a manifestărilor de frică la început minore, dar care pot evolua pînă la crize de panică: urmărind voluntari timp de trei ani, ne dăm seama că la cei care au o sensibilitate ridicată la anxietate riscul este multiplicat cu cinci[36]. Atunci cînd ea există, această sensibilitate este adesea, după cum vom vedea, una dintre ţintele psihoterapiilor în privinţa fobiilor.

Învăţarea temerilor şi fobiilor

„Este uşor de crezut că bizarele aversiuni ale unora care-i împiedică să suporte mirosul trandafirilor sau prezenţa unei pisici, sau lucruri similare, nu provin decît din faptul că, la începutul vieţii lor, au fost puternic tulburaţi de cîteva obiecte similare (...). Poate că mirosul trandafirilor i-a provocat o mare durere de cap unui copil cînd era încă în leagăn sau poate că o pisică 1-a speriat puternic, fără să-şi dea seama şi fără să-şi amintească ceva după aceea, cu toate că ideea de aversiune pe care o avea atunci pentru aceşti trandafiri sau pentru această pisică rămîne imprimată în creierul lui pînă la sfîrşitul vieţii[37]."

Încă de la început, observatori atenţi ai naturii umane au subliniat rolul evenimentelor traumatizante, asemenea lui Descartes în acest pasaj al cărţii lui Les Passions de l'îme (Pasiunile sufletului).

Se crede astăzi că anumite circumstanţe de viaţă ne pot „învăţa" să devenim fobivi. Se pare că există, în principal, patru factori determinanţi care facilitează deprinderea unei frici foarte mari[38]:

● Evenimentele de viaţă traumatizante: am fost personal confruntaţi cu o ameninţare sau un pericol şi i-am păstrat urma în memorie (o agresiune, un accident).

● Evenimentele de viaţă dureroase şi repetate: am suferit minitraumatisme constant, fără posibilitatea de control (umiliri, nesiguranţă).

● Educaţia socială, prim imitare de modele: am văzut frecvent pe cineva, în general unul din părinţi, că se teme foarte tare de ceva.

● Asimilarea mesajelor de avertizare: am primit o educaţie care subliniază pericolele legate de un anume tip de situaţie.

► Evenimente de viaţă traumatizante: „Asta m-a marcat pe viaţă"

Evenimente şocante, mari spaime punctuale pot antrena ulterior frici persistente, uneori chiar adevărate fobii. Mai multe lucrări au descoperit rolul experienţelor traumatice în anumite frici excesive: de şofat după un accident; de tratamente dentare după intervenţii dureroase; de cîini după o muşcătură etc. S-a demonstrat astfel că antecedentele unei asfixii (început de înec sau de sufocare cu sac din plastic la copii) s-au regăsit la 20% din 176 de pacienţi panicarzi ai unui studiu[39]. Dar nu există studii, cel puţin din cunoştinţele mele, despre rolul cordonului ombilical înfăşurat în jurul gîtului bebeluşului la naştere sau al oricărei alte forme de suferinţă neonatală. Această explicaţie a fricilor excesive ulterioare este totuşi frecventă în poveştile familiale: „Mama mi-a spus că teama mea de sufocare şi claustrofobia veneau de acolo." Acest tip de condiţionare părea totuşi pe deplin posibil: există o memorie a corpului, care poate păstra urma condiţionărilor uitate sau refulate. Este, probabil, una dintre explicaţiile anumitor frici excesive sau ale anumitor coşmaruri recurente, asociate cu senzaţii de lipsă de aer, de sufocare etc.

Medicul genovez Edouard Claparede a fost, fără îndoială, primul, la începutul secolului al XX-lea, care a descris o asemenea memorie inconştientă a fricii[40]. În urma leziunilor cerebrale, una dintre pacientele lui prezenta o amnezie care o împiedica să memoreze evenimentele recente. Astfel, la fiecare nouă consultaţie,

ea nu-1 recunoştea pe Claparede. Acesta din urmă trebuia de fiecare dată să se prezinte din nou şi să-i strîngă mîna. Într-o zi, Claparede a ascuns un ac în mînă: pacienta s-a înţepat. A doua zi, ea tot nu-şi amintea nici de el, nici de numele lui, însă în momentul prezentărilor rituale, a refuzat să-i strîngă mîna, fără să poată explica de ce. „Memoria corpului" ei, despre care vom vedea că este legată de o parte a creierului numită „amigdala cerebrală", nu uitase înţepătura...

Acest fenomen se întîlneşte frecvent în sechelele traumatismelor: Îmi amintesc de una dintre pacientele mele, victima unui viol cu cîţiva ani înainte, care a simţit o creştere a panicii în timpul unei călătorii în metrou, fără să ştie de ce (agresiunea a avut loc la ea, şi nu în metrou). Pe durata discuţiei noastre legate de acest atac de panică, ea a descoperit declanşatorul fricii: era mirosul unui after-shave, cel al violatorului ei...

Aceste condiţionări nu necesită intervenţia conştienţei, s-a demonstrat că pot exista chiar sub anestezie[41]. Lucrările sînt totuşi în număr limitat. Atenţie, există, de altfel, un risc legat de aceste teorii ale memoriei corpului: ele pot facilita munca unor guru şi recurgerea la terapii puţin fiabile. Se ştie, de exemplu, că cercetarea excesivă a pretinselor amintiri incestuoase inconştiente a produs mari prejudicii şi a provocat în Statele Unite o epidemie de procese împotriva taţilor presupuşi dezonoranţi[42]. De fapt, terapeuţii erau dezonoranţi şi abuzivi. Potrivit părerii psihologului Jacques Van Rillaer, amintirile fără eveniment s-au dovedit în acest domeniu mai frecvente ca evenimentele fără amintire...

Pentru a reveni la legătura dintre teama excesivă şi traumatism, regăsim mereu aceeaşi problemă a raporturilor între sensibilitatea personală şi evenimentul de viaţă: din ce cauză un eveniment tulburător devine traumatic? În condiţiile în care o persoană care suferă de fobie socială ne povesteşte că problemele ei au fost declanşate de remarcile umilitoare ale unui cadru didactic cînd se ducea la tablă, ce trebuie concluzionat? Că evenimentul acesta a creat fobia? Că a scos la iveală, pur şi simplu, o sensibilitate care exista dinainte? Dacă cineva ne spune „cînd aveam trei ani, sora mea mai mare, care făcea întotdeauna glume proaste, m-a lăsat închisă o după-amiază întreagă într-un dulap", peste cîţiva ani se poate transforma în „cîtă răutate, de atunci mă tem de toţi oamenii care vor să mă dirijeze" sau „de atunci, nu mai suport deloc să se închidă uşa încăperilor mici..."

Să amintim, în sfîrşit, că în multe dintre cazuri, cu precădere fobiile de păianjeni, de şerpi, de apă, nu regăsim asemenea condiţionări traumatice iniţiale, fie că sînt intense şi unice, fie moderate şi repetate. Ne putem gîndi deci că teama este de origine genetică. Dar şi că a fost învăţată diferit...

► Experienţe de teamă dureroase şi repetate: „Asta m-a zdruncinat"

Jeanne, 35 de ani, infirmieră, suferă de o fobie de păianjeni, Îşi aminteşte foarte bine de un weekend la ţară într-o casă veche pe care părinţii ei tocmai o cumpăraseră pe cînd ea avea nouă ani. La micul dejun, simţind o mîncărime, s-a pipăit pe gît şi şi-a dat seama că ţinea între degete un enorm păianjen negru. A sărit în sus, a ţipat şi a trăit prima spaimă. S-a întors să citească în patul ei şi a descoperit un al doilea păianjen pe pernă. Apoi încă unul, cîteva clipe mai tîrziu, în cada din baie. „Asta a fost prea mult, aveam impresia că vor ieşi de peste tot, că n-am putea să le facem faţă, că ar fi fost mereu mai mulţi decît ar putea să zdrobească tatăl meu. N-am mai vrut nici odată să mă întorc în casa aceea. Părinţii mei erau obligaţi să mă lase la bunica atunci cînd se duceau acolo..."

Nu-i întotdeauna nevoie de un şoc important ca să devii fobic, În realitate, o condiţionare care reprezintă sursa fricii poate exista şi în urma unei serii de traumatisme minore: este efectul numit de „însumare". Ştim, de exemplu, că animale care au suferit mici şocuri electrice într-o cuşcă vor prezenta apoi la vederea acestei cuşti manifestări de teamă la fel de intense precum cele ale animalelor care au suferit acolo un singur şoc, dar de mare intensitate[43]. Este posibil să se dezvolte astfel anumite frici sociale, la subiecţi predispuşi, plecînd de la situaţii relaţionale discret, dar repetitiv anxiogene: astfel, nişte pacienţi care suferă de fobie socială povestesc adesea cum au fost copii marginalizaţi, umiliţi, chiar chinuiţi de colegii lor de şcoală, sau cum erau desconsideraţi cu regularitate de unul dintre părinţii lor, sau de amîndoi.

Lipsa de control posibil asupra acestor minitraumatisme constituie întotdeauna un factor agravant. Astfel, fobia de avion poate apărea în urma mai multor zboruri un pic agitate, însă nimic mai mult, întrucît aceste călătorii au produs stări foarte puternice de frică fără ca persoana să aibă niciun mijloc de acţiune:

respectiv să coboare dintr-un avion în zbor. Sentimentul de neputinţă în faţa unei situaţii, asociat cu frica simţită în acel moment constituie un amestec care se poate dovedi un declanşator cu efect întîrziat. Prezenţa sau absenţa unui sentiment de control asupra situaţiei îngrijorătoare este, de altfel, ceea ce explică faptul că repetiţia confruntărilor cu teama poate duce cînd la o diminuare a acesteia din urmă - ceea ce comportamentaliştii numesc obişnuire - cînd la o creştere - adică sensibilizare. Vom vorbi despre asta evocînd psihoterapiile fobiilor, care necesită înfruntări constante şi repetate cu ceea ce provoacă teamă, dar nu oricum!

► **Imitarea modelelor: „Ţi-e teamă de cîine, mami?"**

Beatrice, 28 de ani, secretară, are fobie de cîini, la fel ca mama ei, care este fobică şi faţă de cai. „Într-o zi, pe cînd eram copil, un cîine-lup mare ne-a atacat pe mama mea şi pe mine cînd treceam pe lîngă o casă, în vacanţa de vară la ţară. Ea m-a luat în braţe, însă era terorizată, urla, plîngea, tremura, cerea ajutor, în timp ce cîinele lătra arătîndu-şi dinţii şi încercînd să se apropie ca să ne muşte. Scena mi-a părut interminabilă: aveam impresia că urma să fim devorate pe loc şi că dacă mama se temea atît de tare, însemna ca exista un pericol mortal pentru noi. În cele din urmă a ieşit proprietarul cîinelui, iar noi n-am fost nici măcar muşcate, însă am tremurat ca nişte frunze cîteva minute bune. Am avut coşmaruri din cauza asta mai multe săptămîni, în fiecare noapte..."

Observarea modelelor, mai ales parentale, joacă un rol important în transmiterea fricilor şi spaimelor. O cercetare importantă efectuată pe 22 de fetiţe arahnofobe şi părinţii lor a arătat, de exemplu, că dezgustul faţă de păianjeni era mult mai frecvent la mamele de fetiţe fobice decît la mamele de fetiţe non-fobice ale unui grup de control[44]. Rolul mamei în legătură cu acest subiect pare preponderent: s-a arătat că, în principal, fricile materne sînt cele care prezic fricile infantile. În plus, cu cît aceste frici sînt exprimate mai deschis de către mamă în faţa copilului, cu atît ele vor fi mai importante pentru copil[45].

În acest caz, trebuie neapărat să ne ascundem temerile în faţa copiilor? Sub nici o formă! Dacă sînteţi părinţi fobici, disimularea ar fi în primul rînd ineficace: copiii văd tot, sau o simt fără să înţeleagă, ceea ce este mai rău. Observînd sau ghicindu-vă temerile, urmaşii dumneavoastră le vor judeca după aparenţe şi, presupunînd că pot avea încredere în dumneavoastră, vor deduce din asta că există un adevărat pericol în aceste circumstanţe. Asta ar însemna, în cele din urmă, să le faceţi o defavoare, deoarece le-aţi arăta că este ruşinos să-ţi fie frică. Aveţi, aşadar, interesul să nu vă ascundeţi fobiile în faţa copiilor voştri, ci mai degrabă să le explicaţi natura acestora: „Este absurd, însă mi-e teamă de asta sau de aia... În realitate, nu-i nici un pericol".

► **Mesajele educative: „Atenţie la lupul cel mare şi rău"**

Mesajele de avertizare, voluntare sau nu, pot genera şi ele fricile excesive. Acest lucru se poate întîmpla la un nivel individual, în familii. Poveştile cu monştri imaginari citite copiilor cu vîrste între 7 şi 9 ani le pot insufla temeri distinctive. Cu atît mai mult dacă cel care transmite informaţia îngrijorătoare este mai degrabă un adult decît un alt copil[46]. Şi aceste temeri pot persista[47]. Atenţie, aşadar, la poveştile şi legendele cu monştri şi vampiri: ele pot marca mult mai profund copiii decît ne imaginăm. Arta poveştilor cu zîne ne îndeamnă să ne gîndim la modalităţi necesare pentru a face faţă pericolelor sau creaturilor pe care le evocă. Şi e mai bine, evident, să evităm să utilizăm aceste frici pentru a-i face pe copii să asculte: „Nu te duce în peşteră, un lup mare te va mînca..."

Şi totuşi nu doar monştrii din poveşti pot induce frici a priori: un studiu efectuat pe 60 de copii englezi cu vîrste între 6 şi 9 ani i-a separat în două grupe. Jumătate dintre ei primeau informaţii negative despre micii marsupiali australieni, puţin cunoscuţi în ţara lor: „Sînt murdari, răi şi periculoşi. Sînt activi noaptea, atacă celelalte animale cu dinţii lor lungi şi le beau sîngele. Scot ţipete îngrozitoare. Nimeni nu-i iubeşte în Australia". Cealaltă jumătate primea informaţii pozitive: „Sînt nişte animăluţe drăguţe, care adoră să se joace cu copiii. Mănîncă fructe şi frunze şi li se pot da în mînă, le iau fără să muşte. Toată lumea le iubeşte în Australia". Copiii erau apoi testaţi asupra reacţiilor lor în faţa imaginilor acestor animale şi a comportamentului lor în faţa cutiilor pe care era înscris numele acestor animale, cu o gaură în care se zărea

un petec de blană. Evident, copiii care primiseră informaţiile negative erau îngrijoraţi la gîndul că vor întîlni într-o zi marsupialii şi reticenţi cînd venea vorba să se apropie de cutii[48]...

Extrapolînd, unele frici îşi au originea clară în fenomene culturale şi colective. Astfel, cum se explică faptul că eterna teamă de lup se regăseşte încă la micuţii europeni din secolul al XX-lea, în vreme ce lupii au dispărut din existenţa lor cotidiană de multă vreme? Acest lucru se datorează, fără îndoială, poveştilor cu zîne mai mult decît întîlnirilor cu lupii adevăraţi. Funcţia poveştilor citite în mod tradiţional copiilor era de altfel, în mare parte, menită să le inducă frici considerate chiar utile. Poveştile cu căpcăuni şi alţi monştri din copilărie erau considerate drept „mijloace de educaţie normale[49]".

Însă dincolo de dorinţele educative, există în egală măsură aspecte simbolice: cum ar fi imaginea lupului în creştinătate. Mult timp, Occidentul creştin a fost în război împotriva lupilor în care vedea o încarnare a diavolului: „Dacă lupul ameninţă să sară asupra ta, pune mîna pe o piatră şi el fuge. Piatra ta este Hristos. Dacă te refugiezi în Hristos, pui lupii pe fugă, adică diavolul; el nu va mai putea să te înspăimînte (Sfîntul Ambrozie, în secolul al IV-lea)[50]. Teama de şerpi, de origine clar evolutivă, a fost reluată şi întărită de aproape toate culturile. Aşa se explică faptul că fobia de şerpi este la fel de răspîndită şi la orăşenii care n-au întîlnit nici odată o reptilă şi care n-au fost muşcaţi nici odată sau au scăpat. În Facerea (Geneza) 3,14, şarpele este cel care o împinge pe Eva spre ispită şi din pricina lui începe Dumnezeu să blesteme: „Pentru că ai făcut aceasta, blestemat să fii între toate animalele şi între toate fiarele cîmpului; pe pîntecele tău să te tîrăşti şi ţărînă să mănînci în toate zilele vieţii tale!", înainte de-a o alunga pe Eva, apoi pe Adam, care nu va rămîne în istorie decît ca un discipol. Şi asta pentru că, în materie de fobii, femeile îl depăşesc de departe...

De ce au femeile mai multe frici şi fobii decît bărbaţii?

Toate, absolut toate studiile epidemiologice ajung la acelaşi rezultat: există o enormă preponderenţă feminină în lumea fricilor şi fobiilor, care afectează aproape de două ori mai multe femei decît bărbaţi. Această diferenţă, pentru a fi atît de netă şi spectaculoasă, este, probabil, multifactorială[51], adică legată de acumularea tuturor factorilor pe care tocmai i-am evocat.

Unii cercetători în psihologia evoluţionistă[52] aruncă vina pe o inegalitate de origine genetică legată de rolurile sexuale în specia noastră: selecţia naturală ar fi defavorizat mai mult bărbaţii fobici decît femeile, deoarece masculul fobic ar pierde mai mult din statut, şi deci din şansele de a atrage femeile, de a avea urmaşi şi de a-şi transmite genele; în vreme ce o femeie fobică şi-ar fi pierdut mai puţin din farmec în ochii masculilor... Dezavantajul cauzat de fobiile de animale şi de elemente naturale era mai mare în societăţile de vînători-culegători, în care bărbaţii trebuiau să plece în căutarea hranei şi a noilor resurse: aceste frici excesive erau în acele vremuri foarte limitante şi stigmatizante. În timp ce rolul femeilor era mai degrabă acela de a se consacra culesului şi supravegherii peşterii şi a copiilor, de unde utilitatea unei vigilenţe crescute: un exces de frică punea, poate, atunci mai puţine probleme. Însă toate astea nu sînt decît o ficţiune psihologică, imposibil de verificat.

Alţi cercetători amintesc faptul că, în mod general, toate tulburările emoţionale sînt mai frecvente la femeie, întrucît regăsim acelaşi fenomen în cazul depresiilor (de două ori mai multe femei afectate). Motivul ar fi capacităţile emoţionale superioare, dar şi mai fragile şi mai uşor de dereglat. În vreme ce afecţiunile psihice ale bărbatului se reflectă mai mult în toxicomanii sau tendinţa spre acte agresive.

Cu toate acestea, la început, toate fetiţele sînt mai stabile emoţional ca băieţii[53]. Abia începînd de la doi ani, vîrstă la care diferenţele de stimuli proveniţi din mediu încep să depindă de sexul copilului, situaţia se inversează. Într-adevăr, începînd de la această vîrstă, anturajul se aşteaptă mai mult ca fetele să se teamă: dacă arătăm chipuri de copilaşi în diferite situaţii adulţilor, aceştia din urmă vor crede că recunosc mai des frica la fete şi furia la băieţi[54]. De asemenea, părinţii încep să-şi stimuleze copiii să se comporte în funcţie de stereotipurile culturale despre sexe: băieţii nu trebuie să se teamă, sau nu trebuie s-o arate, spre deosebire de fete, care sînt chiar încurajate.

Se ştie că băieţii sînt mai predispuşi ca fetele să-şi depăşească fricile. Acest lucru se regăseşte sistematic în studiile pe copii timizi: fricile sociale ale fetiţelor sînt mult mai bine tolerate decît cele ale băieţeilor.

Părinţii acceptă fără probleme să aibă o fată foarte rezervată şi inhibată, în vreme ce aceeaşi atitudine îi îngrijorează la micii masculi[55].

Am greşi să ne gîndim că recentele progrese sociale în favoarea egalităţii sexelor au pus capăt acestor stereotipuri: ar fi, probabil, nevoie de mai multe generaţii pentru ca reflexele acestea să dispară. Gîndiţi-vă, de exemplu, la reprezentările fricii în benzile desenate: personajul acesta, înnebunit de un şoricel, cocoţat pe un scaun şi strigînd ajutor, este un bărbat sau o femeie?

Dar în discuţie nu sînt doar influenţele sociologice. Ne întrebăm şi dacă băieţii n-ar beneficia într-o oarecare măsură de un tratament preferenţial din partea mămicilor lor. Mai multe studii au arătat o mai bună „sincronizare emoţională" a mamelor cu băieţii[56] lor: feţele lor răspund mai bine la emoţiile bebeluşului băiat decît la cele ale bebeluşului fată, există, în medie, mai multe schimburi vizuale în timpul îngrijirilor mamă-fiu decît mamă-fiică etc. Este posibil ca lucrul acesta să faciliteze dezvoltarea unor mai bune capacităţi de control emoţional al băieţilor asupra temerilor şi fricilor lor.

De altfel, fetele sînt în general mai receptive la deprinderea socială a emoţiilor, printre care frica, deoarece ele se pricep mai bine la contactul social, dar şi la decodificarea emoţională, mai ales plecînd de la expresii faciale, chiar fugitive[57]. Ele ar putea, aşadar, să fie mai sensibile la fricile părinţilor lor, pe care ştiu să le detecteze mai bine ca băieţii. Să le detecteze mai bine, dar şi, din nefericire pentru ele, să le înveţe mai bine: fetele sînt eleve mai bune ca băieţii, chiar şi la şcoala fricilor.

Toate aceste date provenite din studii şi cercetări nu permit stabilirea în mod definitiv a rolurilor respective ale factorilor înnăscuţi şi dobîndiţi în această atît de mare diferenţă între bărbaţi şi femei în ceea ce priveşte vulnerabilitatea la frică. Ştim în orice caz că fetele şi femeile se pot dovedi cutezătoare şi la fel de bune „gestionare" ale fricii lor ca băieţii şi bărbaţii: cunoaştem exemplul eroinei Pippi Şoseţica, fetiţă suedeză (vom vedea că nu-i o întîmplare) îndrăzneaţă şi curajoasă[58]. Totuşi va fi interesant de văzut dacă evoluţiile sociale care au loc în Occident nu vor face ansamblul fetelor şi femeilor, şi nu doar cîteva cazuri izolate, mai puţin sensibile la frică: ne dăm întîlnire peste o jumătate de secol!

Aşteptînd această scadenţă, unii cercetători au vrut deja să verifice dacă există o corelaţie între valorile sociale masculine şi feminine, pe de o parte, şi riscul de apariţie al tulburărilor fobice, pe de alta. Într-adevăr, mulţi psihosociologi cred că anumite culturi sînt mai mult masculine decît feminine şi invers, aşa cum este detaliat în tabelul următor. Şi, de multă vreme, unii psihologi sînt convinşi că o cultură machistă facilitează apariţia fricilor de tip agorafob, adică împiedicînd autonomia persoanelor afectate[59]. Admiţînd - ceea ce se ignoră în realitate - că bărbaţii şi femeile au aceleaşi înclinaţii biologice de a simţi frică, o societate care îndeamnă femeile să rămînă în cămin şi care le convinge că le este scris să fie temătoare „ar fabrica" mai multe femei agorafobe. Nu creînd maladia, ci îndemnînd insidios femeile să se împace cu ea şi să i se supună.

Un foarte interesant studiu despre raportul între gradientul masculinitate/feminitate şi agorafobie în diferite culturi a arătat următorul aspect: cu cît cultura este mai marcată de valori masculine, cu atît frecvenţa simptomelor de agorafobie va fi mai însemnată: invers, cu cît cultura este mai impregnată de valori feminine, cu atît această frecvenţă va fi mai scăzută[60]. În această vastă anchetă efectuată pe 5.491 de persoane din 11 ţări (Franţa nu a participat la ea), Japonia deţinea rolul de campion al virilităţii şi al frecvenţei simptomelor de agorafobie, în vreme ce Suedia se situa pe primul loc în ceea ce priveşte feminitatea şi avea cele mai slabe procente de agorafobie. Aceste rezultate ar încînta-o pe Pippi Şoseţica: nu numai că ele arată că machismul este stupid, dar mai este şi dăunător pentru sănătate...

Sexul culturilor poate influenţa apariţia fricilor excesive şi a fobiilor?

Caracteristici de culturi cu gradient puternic de masculinitate	**Caracteristici de culturi cu gradient puternic de feminitate**

Rolurile sexuale sînt clar diferenţiate: femeile sînt presupuse a fi mai interesate de relaţiile umane; în familii, taţii se ocupă de fapte, mamele de sentimente; fetele plîng, băieţii nu; băieţii se pot bate, fetele ar lăsa o impresie proastă...	Rolurile sexuale sînt fluide: bărbaţii şi femeile sînt interesaţi de relaţiile umane; în familii, taţii se ocupă şi de sentimente, iar mamele şi de fapte; băieţii pot plînge, la fel ca fetele; şi acestea au dreptul de a se bate, la fel ca băieţii...
Valori dominante ale societăţii: succes şi progrese materiale. Modelul băieţilor este tatăl, cel al fetelor, mama.	Valori dominante ale societăţii: respect faţă de celălalt şi dezvoltare personală. Băieţii şi fetele pot alege drept model trăsături sau atitudini ale mamei şi ale tatălui.
Mama are o poziţie familială şi socială inferioară tatălui.	Diferenţele de rol sexual nu implică diferenţe de putere socială.
Emanciparea femeilor înseamnă că ele pot accede la aceleaşi funcţii sociale ca bărbaţii.	Emanciparea femeilor înseamnă că bărbaţii vor împărţi şi sarcinile casei, nu numai la muncă.

Pentru a concluziona asupra cauzelor fricilor şi fobiilor

Înţelegerea dobîndirii fricilor excesive şi a fobiilor urmează astăzi din ce în ce mai mult ceea ce se cheamă un model „bio-psiho-social", adică integrînd cele trei dimensiuni:

● biologică: există, fără îndoială, predispoziţii biologice de a simţi frici foarte mari;

● psihologică: expresia acestor predispoziţii va putea fi favorizată sau temperată prin stiluri educative, evenimente de viaţă, modele de mediu;

● socială: anumite culturi şi societăţi vor avea şi ele un rol în evoluţia tulburărilor.

Cercetarea cauzelor fobiilor este, aşadar, un vast şantier, în evoluţie constantă. Existenţa mecanismelor multiple trebuie să fie înţeleasă ca un lucru încurajator: această varietate lasă mai multe marje de manevră şi posibilităţi pentru a acţiona şi a opera schimbări. Cu atît cu cît cel mai important, după părerea mea, nu este ceea ce predispune la teama excesivă: factori înnăscuţi sau dobîndiţi, odată devenit adult - şi în acel moment se pune, în general, problema schimbării, răul este făcut. Cel mai important este, pur şi simplu, să nu agravăm aceste predispoziţii prin greşeli de comportament. Înainte de a ne întreba apoi cum să ne schimbăm şi să ne eliberăm treptat de influenţa fricii. Aceste două puncte vor face obiectul următoarelor două capitole.

CAPITOLUL 3

Mecanismele fricilor şi fobiilor

Întrebarea cea mai importantă nu este: „De ce mi-e atît de frică?", ci mai degrabă: „De ce îmi persistă teama? În ciuda tuturor eforturilor mele? În vreme ce ştiu foarte bine că este excesivă?"

Într-adevăr, marile noastre frici rămîn, pur şi simplu, pentru că ne supunem lor. Ne supunem lor în comportamentele noastre: fugind. Şi le ascultăm în gîndurile noastre: văzînd în jurul nostru numai pericole sau ameninţări. Teama ne pune astfel inteligenţa sub influenţa ei. Din fericire, astăzi ştim cum să punem teama la locul ei.

„Şi acum, nu v-am spus că luaţi drept nebunie ceea ce nu este decît o acuitate accentuată a simţurilor?"

Edgar Allan Poe, Povestiri extraordinare

„După mai mulţi ani de viaţă de cuplu cu fobia mea, nu mai ştiam foarte clar cît îmi aparţinea mie şi cît îi aparţinea ei, ce era normal sau nu.

Este normal să preferăm să ne facem cumpărăturile la ore tîrzii, însă este mai puţin normal să fim total incapabili să le facem la ore aglomerate, pentru că ne este teamă să nu leşinăm din cauza tuturor oamenilor din jurul nostru. Cum mi-era ruşine de fricile mele, sfîrşeam prin a nu mai vorbi despre ele, nici măcar apropiaţilor mei. Dintr-odată, îmi pierdeam din ce în ce mai mult reperele. Nu mai ştiam clar ce provenea din boală şi ce provenea din personalitatea mea sau din alegerile mele de viaţă.

Şi, mai ales, nu mai ştiam foarte bine ce trebuia să fac zilnic în faţa temerilor mele. Dacă mă forţam să le înfrunt, asta mă îmbolnăvea şi-mi trebuiau mai multe zile ca să-mi revin; şi, de asemenea, aveam sentimentul că ieşeam şi mai traumatizată din asta, de fiecare dată cu impresia că am scăpat ca prin minune de o catastrofă. Şi dacă le evitam cu laşitate, mă simţeam nulă şi fără valoare, asta însemna încă un eşec. Degeaba se spune, în ciuda anilor şi obişnuinţei, în pofida a ceea ce încercăm să ne facem să credem şi să-i facem pe alţii să creadă, nu scăpăm nici odată complet de aceste evitări constante, de această umilinţă pe care o reprezintă supunerea în faţa fricilor proprii. Cel mai grav nu este numai să-ţi fie frică, ci şi să-ţi fie ruşine de tine. Şi să nu înţelegi de ce nu reuşeşti să te controlezi..."

Există multe obstacole pe drumul vindecării de fricile foarte mari.

Violenţa fricilor pe care o simţim, desigur, proastele obiceiuri pe care, puţin cîte puţin, aceste frici le impun. Dar şi o infimă cunoaştere a mecanismelor reale ale fricii, normale sau patologice. A înţelege cum „funcţionează" fricile noastre excesive este un preambul fundamental pentru vindecarea lor. Contrar a ceea ce se crede uneori, fobiile n-au nimic misterios sau enigmatic. Degeaba sînt considerate „boli ale sufletului", ele se supun aceloraşi legi ca multe alte maladii cronice, precum diabetul sau astmul. Am abordat deja subiectul ăsta în capitolul anterior.

Ca psihiatru, mi se întîmplă cu regularitate să lucrez cu confraţi medici în domeniul acestor boli precum hipertensiunea sau diabetul. De exemplu, în urmă cu cîţiva ani am colaborat cu pneumologi la studiul bolii astmatice. Am descoperit cu această ocazie că există şcoli de astm, menite să înveţe pacienţii şi apropiaţii lor mecanismele acestei boli. Această educaţie dă roade în mod spectaculos: pacienţii care beneficiază de ea sînt mai bine implicaţi în tratamentul lor şi fac mai puţine greşeli în viaţa de zi cu zi, în „gestionarea" cotidiană a maladiei lor.

Sînt convins că este posibil să se procedeze la fel şi cu persoanele fobice. Visez la o „şcoală a fobiei" care le-ar aduce aceleaşi beneficii ca şcolile de astm sau diabet: dedramatizare, destigmatizare, informare, explicare... În consultaţiile mele, îmi fac întotdeauna timp să le explic pacienţilor mei mecanismele fricilor lor excesive cu scopul de a-i convinge să iasă din cercul vicios al vinovăţiei şi al întrebărilor inutile („Sînt responsabil de ceea ce mi se întîmplă?") pentru a-i duce spre operaţional („Ce pot face în viaţa de zi cu zi?").

Explicaţiile sporesc întotdeauna implicaţia.

Ele permit lupta împotriva clişeelor şi stereotipurilor asociate cu fricile şi fobiile: judecata morală a non-fobicilor asupra fobicilor este mereu insidios prezentă. S-a trecut, pur şi simplu, de la judecăţi explicite: „Fobiile înseamnă slăbiciune şi lipsa curajului", la raţionamente implicite: „Fobiile înseamnă o nevroză, sînt nevrotici, o rotiţă nu funcţionează bine în mintea lor".

Informarea şi explicarea dau un sens şi un motiv de a exista eforturilor pe care terapeuţii le cer pacienţilor lor care suferă de frici foarte mari. Multă vreme, medicii şi terapeuţii s-au temut de pacienţii care ştiau prea mult, considerînd că le complicau viaţa, Însă astăzi, şi mai ales în acest domeniu foarte specific al fricilor patologice, ştim că este preferabil să avem ceea ce numesc „pacienţi experţi", informaţi asupra tulburării lor, decît pacienţi fără informaţii şi fără repere. Nişte pacienţi avertizaţi sînt nişte parteneri mai buni în lupta împotriva maladiei fobice. În prezent, nu ezităm să invităm membrii asociaţiilor de pacienţi să asiste la congresele noastre şi să împărtăşim cu ei cunoştinţele pe care le-am dobîndit. Tot acest capitol nu este, aşadar, numai ştiinţă, ci şi o sursă de idei şi informaţii pentru a începe munca de transformare personală...

Cele trei dimensiuni ale fricilor şi fobiilor

Aţi văzut o asemenea secvenţă în documentare animaliere.

Se lasă seara în savană. O gazelă se apropie de ochiul de apă ca să se răcorească. Peisajul este magnific: soarele sclipeşte roşiatic, umbrele dau relief peisajului, este o oră care invită la relaxare şi seninătate. Însă gazela nu ştie cu adevărat să se destindă. Ea bea supraveghind, totodată, în jurul ei. La cel mai mic zgomot, tresare, ridică brusc capul. Dacă i-am putea măsura bătăile inimii, nici o îndoială că ar fi accelerate. Nu vede acelaşi peisaj bucolic şi senin ca privitorul: ea ştie că punctele de apă, locurile de adunare obligatorii ale tuturor animalelor din savană, însetate de căldura zilei, sînt frecventate şi de leoaice la vînătoare, care vin să

caute acolo nu doar de băut, ci şi, mai ales, de mîncat. În spatele fiecărui tufiş care mişcă, gazela nu vede suflul brizei răcoritoare a serii, ci mişcarea unei sălbăticiuni ascunse. În spatele celui mai mic zgomot de ramuri care trosnesc, ea aude un prădător care se apropie. Toate simţurile îi sînt încordate la maximum, muşchii îi sînt tensionaţi, În permanenţă, este gata să o zbughească la fugă, într-o cavalcadă reflexă.

Ceea ce seamănă pentru dumneavoastră cu un peisaj de carte poştală, într-un moment liniştit - se lasă seara şi vom bea o gură de apă ca să ne răcorim - este pentru ea momentul tuturor pericolelor. Ca de altfel numeroase alte momente din zi...

Această gazelă la ochiul de apă este persoana fobică în situaţiile de care se teme: pericolul nu este încă prezent, însă el poate apărea în orice moment. Nu degeaba se vorbeşte de atac de panică pentru a desemna crizele acute de angoasă, după imaginea atacului pe care prădătorul îl efectuează asupra prăzii lui. Trei dimensiuni alcătuiesc în acest caz frica:

● emoţională (să nu mai simţi în corp decît un sentiment oprimant),
● psihologică (să nu mai vezi lumea decît ca pe un loc de pericole iminente)
● şi comportamentală (să nu poţi face nimic altceva decît să supraveghezi, pentru a fi gata să fugi).

Lupta împotriva fricilor excesive presupune înţelegerea şi stăpînirea progresivă a celor trei dimensiuni.

Într-o primă fază, va trebui să luptăm împotriva fricii comportamentale: să înţelegem din ce se compune şi să începem să ne confruntăm cu situaţiile de care ne temem. Chiar dacă vom continua să credem că există un pericol şi să ne temem de această situaţie. Înţelegîndu-ne fricile comportamentale, şi mai ales cum să le înfruntăm, ne mărim libertatea de mişcare.

Într-o a doua fază, repetarea acestor confruntări ne va ajuta să ne schimbăm viziunea asupra lumii: gîndindu-ne la asta, la calm, dar şi la urmarea confruntărilor noastre constante, ne vom da seama că percepţia asupra situaţiilor angoasante poate fi modificată treptat. Înţelegîndu-ne fricile psihologice, şi cum să le modificăm, ne sporim luciditatea.

În sfîrşit, abia într-o a treia fază, practica repetată a confruntărilor cu situaţiile şi regîndirea certitudinilor noastre fobice va „uza", puţin cîte puţin, reacţia emoţională de frică, precum o alergie care se desensibilizează. Înţelegîndu-ne emoţiile de frică, şi cum să le „obosim", ajungem la o pace interioară şi la confortul unei vieţi fără frici excesive.

Mecanisme comportamentale: fuga care agravează

„În fazele acute al fobiei mele, devenisem o expertă a fugii şi a evitării, o campioană a eschivării, regina scuzelor false şi a pretextului confuz. Toate astea pentru a nu-mi asuma riscul de a mă găsi într-o situaţie care urma să-mi declanşeze un atac de panică, de genul invitaţiei la o masă mondenă (nu suportam să mă simt blocată), la o serată la etajul 36 al unui bloc-turn (imposibil să iau liftul), să zbor cu avionul spre o destinaţie de vacanţă (încep să simt că mor de îndată ce se închid uşile)... Nu mai era nimic spontan în viaţa mea, decît calcul, anticipare. Aveam un calendar în minte, cu previziunile tuturor situaţiilor, cele care ar fi uşoare, cele care ar necesita aptitudini sportive.... La sfîrşit, mă simţeam jalnică, mîhnită, epuizată. Şi fricile mele se agravau. Evitarea nu-mi aducea decît o pace tranzitorie, de altfel plătită cu preţul libertăţii de mişcare şi al demnităţii mele. Pentru că viaţa nu înceta să mă pună la încercare..." Această mărturie îi aparţine lui Iris, una dintre pacientele mele care suferea de agorafobie cu atacuri de panică.

► Evitările: logice, dar toxice

Evitările fobice sînt, de departe, cel mai bun mijloc de a menţine frica. Fără să vrea, fără să ştie, majoritatea pacienţilor fobici sînt artizanii longevităţii fricii lor.

Deoarece sînt foarte sensibili, şi ca urmare a violenţei temerilor resimţite, pacienţii fobici au, foarte logic, tendinţa de a fugi sau de a evita situaţiile care le provoacă frică. Ei îşi organizează viaţa cotidiană astfel încît să prevină orice situaţie de risc care i-ar putea panica. Evitările sînt, aşadar, în centrul fobiei înseşi.

Comportamentele de evadare (prin fugă) sau de evitare (prin strategii anticipatorii de neconfruntare), care permit diminuarea angoasei, vor întări frica şi vor fi reutilizate data viitoare etc. Bucla este atunci închisă şi, iremediabil, tulburarea fobică este autoîntreţinută, asemănător oarecum unei dependenţe de alcool

sau de un alt drog. Evitarea induce o uşurare de moment, însă menţine pacientul într-o dependenţă anxioasă faţă de conduitele lui de evitare: fobicul este într-o oarecare măsură „dependent" de fugă...

► **Geniul evitării**

La fel ca Iris, mai toţi pacienţii care suferă de frici foarte mari sînt constrînşi - chestiune de supravieţuire - să devină experţi ai evitării.

Aceste evitări pot fi de mai multe tipuri:

● Evitarea situaţiilor: de exemplu, nu trece prin locuri în care există porumbei, nu ia cuvîntul în public, nu ia metroul. Persoana fobică îşi organizează astfel viaţa în jurul evitării a numeroase situaţii. Pentru a justifica anturajului constrîngerile care decurg din temerile sale, ea face adesea apel la raţionalizări: „Nu-mi place să trec prin cartierul ăsta, fiindcă e urît", „Nu mă duc la serate, pentru că nu se spune nimic interesant acolo", „E prea cald în metrou şi miroase urît".

● Evitări de imagini, de cuvinte, de gînduri: evită să se gîndească la declanşatorii fricii, să se uite la fotografii, filme, să asculte conversaţii sau să citească articole şi cărţi... Din păcate, numeroase lucrări au arătat că alungarea gîndurilor neplăcute nu face decît să le mărească puterea angoasantă[61]. Este unul dintre paradoxurile gîndirii fobice (şi, în general, al tuturor bolilor anxioase): pacienţii au impresia că „nu se gîndesc decît la asta". Însă, în realitate, nu se gîndesc la asta şi alungă gîndurile îngrijorătoare de îndată ce apar în loc să le înfrunte pînă la capăt. Modul acesta de acţiune poate alina persoane non-fobice, însă nu are efect în cazul fricilor intense şi maladive.

● Evitări de senzaţii: nu aleargă, ca să nu-şi simtă inima bătînd, nu poartă guler strîns ori cravată, pentru a nu simţi că se sufocă. Chiar şi în acest caz, diverse lucrări experimentale au demonstrat această tendinţă şi problemele care rezultă din ea. Într-unui dintre aceste studii, nişte voluntari erau puşi să respire aer îmbogăţit cu gaz carbonic. Li se explica faptul că inhalarea de aer modificat urma să provoace senzaţii fizice neplăcute: accelerarea ritmului cardiac, transpiraţie, jenă la respirat... Jumătate dintre ei au fost sfătuiţi să încerce să nu se gîndească la aceste senzaţii şi să facă totul pentru ca restul persoanelor din încăpere să nu poată remarca nimic din indispoziţia lor. Celorlalţi voluntari li s-a recomandat exact invers: să observe ceea ce urmau să simtă fizic, să nu caute nici să controleze, nici să disimuleze senzaţiile. Persoanele care obişnuiau să fugă de senzaţiile lor fizice (de obicei, cele mai anxioase) şi care fuseseră sfătuite să evite să se gîndească la senzaţiile lor pe durata studiului au fost mai stresate decît cele care fuseseră îndemnate să „se lase în voia sentimentelor[62]". Încercarea de a nu se gîndi la senzaţiile lor fizice nu putea fi recomandată decît persoanelor puţin emotive şi puţin anxioase...

► **Evitări subtile care te ajută să supravieţuieşti, dar nu să trăieşti mai bine şi nici să învingi frica**

Evitările pot fi şi evenimente subtile: chiar dacă se acceptă un stadiu grav de handicap social, evitarea anumitor situaţii nu este întotdeauna uşoară. Astfel, mulţi dintre pacienţii fobici se confruntă cu asta în anumite condiţii. Fie se descurcă şi confruntarea este incompletă: nu înfruntă ceea ce le provoacă frică, încearcă să se gîndească la altceva, să nu se remarce în situaţiile sociale, să meargă la cumpărături la ore tîrzii etc. Fie utilizează strategii numite „contrafobice" pentru a-şi înfrunta fricile apelînd la un ajutor: iau mai întîi tranchilizante (şi au întotdeauna aşa ceva în buzunar), sînt însoţiţi de cineva etc. Însă oricît de subtili ar fi, manevrele lor sînt tot evitări, iar rolul lor toxic şi autoagravant rămîne acelaşi.

Adesea, aceste evitări subtile sînt inconştiente chiar în ochii persoanei fobice, care le confundă cu nişte preferinţe: se transformă astfel ceva ce este suportat într-o pseudoalegere de viaţă. „Nu-mi plac weekendurile la ţară", în loc de: „Mi-e o teamă groaznică de insecte". „Nu-mi place să mă aşez pe locurile din metrou care sînt faţă-n faţă, e prea înghesuit" în loc de „Nu mă simt bine atunci cînd sînt privit de aproape". „Este mai plăcut să-ţi faci cumpărăturile la ore tîrzii" în loc de „Mă panichez cînd trebuie să aştept la o coadă".

S-a arătat experimental acest rol toxic al evitărilor „subtile": pacienţi zoofobi erau puşi faţă-n faţă, timp de aproximativ o oră, cu animalele lor anxiogene (o tarantulă, un piton şi un şobolan, toţi în cuşti de sticlă la înălţimea ochilor). Dacă, în timpul expunerii, se oferea o distracţie pacienţilor, teama lor se diminua, paradoxal, după mai puţin de o oră decît dacă n-ar fi fost distraşi[63]. Adică evitarea subtilă reprezentată de

distracţie a dovedit că obişnuirea cu stimulul fobic era mai puţin eficientă. Însă acest lucru depinde şi de intensitatea fricilor: în cazul pacienţilor foarte anxioşi, distracţia va putea fi necesară şi chiar relativ eficientă pentru diminuarea fricii în primele etape ale confruntărilor[64]. Dar va trebui, la un moment dat, să se debaraseze de ea şi să-şi confrunte „temeinic" temerile.

► **Evitarea evitării...**

Deşi comprehensibile, toate aceste evitări reprezintă una dintre principalele probleme ale fobiilor, pentru că menţin frica intactă. Atîta vreme cît persoana evită să se confrunte cu declanşatorul fricii, chiar în mod subtil, anxietatea ei nu poate scădea pe termen lung.

De exemplu, printre subiecţii panicarzi, cei care sînt agorafobi (evitînd să se găsească departe de locurile în care se simt în siguranţă) sînt şi cei a căror evoluţie spontană va fi cea mai invalidantă şi care vor fi cel mai dificil de tratat: evitările lor le cronicizează boala. La fel, subiecţii fobici social, cei care au o personalitate evitantă, adică cei care „ascultă" de fobia lor încetînd să mai lupte şi rărindu-şi contactele sociale (sub o întreagă pleiadă de proteste precum „oamenii sînt înşelători", „conversaţiile mă plictisesc"), sînt mai dificil de tratat.

Ansamblul evitărilor fobice va reprezenta, aşadar, ţinta privilegiată a eforturilor persoanelor fobice: nu este posibilă vindecarea de o teamă excesivă fără confruntare. Însă această confruntare trebuie să se facă după reguli foarte clare, permiţînd ceea ce se numeşte o „desensibilizare" de frică, stare care, puţin cîte puţin, se dezactivează. Este ceea ce se cheamă şi o „obişnuinţă".

În schimb, dacă regulile acestea nu sînt respectate, există un mare risc de „sensibilizare": teama creşte treptat, pe măsura contactelor. Abordăm aceste reguli în capitolul următor.

Mulţumită acestor eforturi de confruntare, costisitoare emoţional şi care necesită adesea susţinerea unui terapeut, descoperim, puţin cîte puţin, că pericolele de care ne temeam nu există. Însă descoperim prin experienţa pe teren, înfruntînd emoţia fricii, şi nu în mod calm, la distanţă de pericol. Această diferenţă este fundamentală, vom vedea, pentru a ne „convinge" creierul emoţional, asemănător cumva Sfîntului Toma, care nu credea decît ce vedea. Dacă trebuie să ne confruntăm pentru a ne încredinţa că nu există nici un pericol, nu o facem pentru a ne convinge raţiunea sau inteligenţa: ele o ştiu foarte bine. Toţi fobicii ştiu că fricile lor sînt, dacă nu imaginare, cel puţin excesive. Dacă trebuie să ne confruntăm, o facem pentru că a trăi absenţa catastrofei în timpul confruntărilor are un impact infinit mai puternic decît a ne imagina pur şi simplu. Creierul nostru emoţional este un sceptic: îi trebuie nu numai argumente, ci şi dovezi...

Totuşi, nu este suficient să ne forţăm, pur şi simplu, să acceptăm confruntarea: trebuie în egală măsură să ne schimbăm percepţia asupra lumii şi a pericolelor pe care le poate ascunde. Or în această privinţă viziunea despre lume a fobicilor este cu precădere problematică...

Mecanisme psihologice: frica are ochii mari

„Frica are ochii mari", spune un proverb rus.

Aceşti ochi mari ai fobicilor au totodată o funcţie de telescop: reperează pericolele de foarte - prea - departe, şi de lupă, adică de microscop: detectează cele mai mici detalii, chit că-şi pierd capacităţile de distanţare. Sînt şi foarte lucizi: văd cu largheţe dincolo de fapte şi nu ezită să extrapoleze şi să anticipeze cele mai rele consecinţe inimaginabile ale situaţiilor.

Astfel, invitat la o serată, un fobic social va începe să se gîndească la ea cu mai multe săptămîni dinainte. Odată ziua venită, va scruta chipurile persoanelor prezente, pentru a detecta cel mai mic semn de dispreţ sau agresivitate. Şi se va teme să ia cuvîntul sau să-şi dea cu părerea, gîndindu-se că ar putea părea iremediabil şi total ridicol dacă va avea inconştienţa să rişte.

Lucrările moderne despre modul în care fobicii îşi percep mediul au arătat că:

● atenţia lor este focalizată în mod patologic pe fricile lor: nu-şi privesc mediul, îl supraveghează;

● în cazul în care au o îndoială, preferă să tragă semnalul de alarmă: mai bine să le fie frică degeaba decît să le fie frică prea tîrziu;

● îşi construiesc în permanenţă scenarii catastrofale: pentru a se proteja, e mai bine să anticipeze ce-i mai rău şi chiar să-1 amplifice;

● se îneacă în senzaţiile lor de frică.

Aceste fenomene psihologice se derulează în mod automat, involuntar şi, uneori, chiar inconştient. Chiar dacă apariţia lor nu poate fi împiedicată, este necesar să le cunoaştem, pentru a nu fi total neştiutori, ceea ce va lua un pic mai mult timp.

► „Nu privesc, supraveghez"

Persoanele fobice sînt, în general, foarte vigilente faţă de tot ceea ce poate evoca un stimul fobogen şi dispun de o capacitate crescută de a extrage aceste informaţii anxiogene din context: într-o încăpere, un arahnofob va repera cea mai mică pînză de păianjen mult mai repede ca oricine altcineva. În public, fobicii sociali vor căuta imediat care figuri sînt simpatice (nu vor trebui să prevadă pericolul venind a priori de la ei) sau care dovedesc o însuşire de a scruta, agresa, ironiza (va fi mai bine să se depărteze de ei şi să se ţină la distanţă, supraveghindu-i, totodată, cu coada ochiului).

Însă se pare că vigilenţa sporită se îndreaptă în egală măsură asupra percepţiilor inconştiente. De exemplu, prezentînd fobicilor de şerpi imagini cu reptile pe un ecran, mascate foarte rapid de imagini neutre, ca de exemplu nişte flori, ne dăm seama că reacţia lor fiziologică de stres, măsurată în mod obiectiv de înroşirea cutanată, este echivalentă celei pe care o prezintă la imaginea uneia nemascate[65]. Creierul lor emoţional a „văzut" şarpele şi a tras semnalul de alarmă. Acelaşi tip de experiment a fost efectuat pe fobici sociali[66]: stimulul subliminal utilizat era de această dată reprezentat de chipuri umane manifestînd expresii faciale variate. Cînd expresiile chipurilor subliminale erau ostile, ele perturbau reacţia subiecţilor la test pe ecran, în vreme ce expresiile neutre sau amicale nu aveau acest efect. Reacţiile de frică sînt, aşadar, alimentate de percepţii care nu sînt conştiente: de aceea, persoanele fobice pot uneori să se simtă rău fără un motiv clar înainte de a descoperi sursa acestei stări.

Problema este că vigilenţa aceasta accentuată şi automată sporeşte şi durata indispoziţiei, pentru că, odată reperat pericolul, şi dacă nu pot fugi de el, fobicii preferă să întoarcă privirea: este prea obositor[67]. Însă nu pot nici să întoarcă spatele acestui pericol detectat... De aici şi un disconfort notabil şi mişcări de du-te-vino neîncetate între supraveghere şi evitări vizuale, cu aceste trei secvenţe clasice: „1) Îmi petrec timpul cercetînd de unde ar putea veni pericolul. 2) Odată detectat pericolul, este prea înspăimîntător şi prea obositor să-mi concentrez atenţia asupra acestei orori. 3) Nu trebuie totuşi să-mi întorc prea mult atenţia de la ceea ce îmi provoacă frică, pentru că asta ar putea fi periculos. 4) În sfîrşit, cea mai bună soluţie ar fi totuşi să fug, pentru a nu trebui să suport această dilemă".

De dragul anecdotei, o echipă engleză a condus recent un studiu cu păianjeni adevăraţi - tarantule - introduşi într-un borcan în apropierea persoanelor fobice voluntare. Timpul pe care-l petreceau privind tarantulele depindea de poziţia păianjenilor în încăpere: dacă animalul se afla departe de uşa de ieşire, subiecţii evitau să-l privească; dacă era pe drumul spre ieşire, nu se puteau împiedica să-l privească[68]. De unde şi expresia „hipnotizat de frică"... Să recapitulăm:

• Subiectul fobic nu se poate abţine să-şi „scaneze" mediul în căutarea a ceea ce-i produce frică, pentru a şti dacă este în siguranţă sau nu (la fobici, există doar două zone: pericol sau siguranţă). Pentru el, nu există decît două chestiuni importante. Prezenţa unui pericol? Sosind într-o casă, fobicul de pisici vede imediat urmele de gheare pe fotoliile salonului sau castronul pe jos în bucătărie. Prezenţa soluţiilor? Claustrofobul reperează foarte repede, de îndată ce intră într-o încăpere, problemele de siguranţă, sistemele de închidere ale uşilor şi ferestrelor...

Ca expert în frica lui, el detectează, înaintea oricui, prezenţa unei eventuale probleme.

În acest caz, este sfîşiat între nevoia de a nu privi (fiindcă ar fi dureros) şi cea de a privi (pentru că ar fi periculos să nu supravegheze).

Pe scurt, viaţa lui este foarte complicată şi, în acest caz, preferă să părăsească împrejurimile.

► „Nu se ştie nici odată..."

Datorită sentimentului său de extremă vulnerabilitate în faţa a ceea ce-i provoacă teamă, fobicul se simte constrîns să fie vigilent în faţa unui mediu de unde pericolele pot apărea în orice clipă, cu riscul de a se epuiza din cauza acestei vigilenţe anxioase. Şi, de asemenea, cu riscul de a declanşa alarme false. Pentru că

este ca un pîndar convins de periculozitatea şi sălbăticia inamicului: preferă să tragă semnalul de alarmă la cea mai mică umbră de îndoială.

Cercetările au arătat în cazul fricilor foarte mari o tendinţă de a interpreta stimulările în mod negativ. La fobicii sociali, de exemplu[69]: dacă sînt puşi să completeze un chestionar care le descrie situaţii „ambigue" de tot felul (adică lăsînd loc unei interpretări personale, pozitive sau negative), aceşti pacienţi nu le interpretează negativ decît dacă e vorba despre situaţii sociale (prieteni invitaţi la cină pleacă mai devreme decît e prevăzut), însă nu şi dacă e vorba despre situaţii non-sociale (primirea unei scrisori recomandate).

Stimulii „ambigui" sînt numeroşi în viaţa cotidiană şi vor fi întotdeauna interpretaţi negativ de fobici: un animal care stă nemişcat pentru zoofob („îşi pregăteşte atacul şi se va arunca asupra mea prin surprindere"), un zîmbet pentru fobicul social („probabil că inspir milă sau dispreţ"), o palpitaţie cardiacă un pic mai puternică pentru panicard („asta este, de data asta e un infarct")... !

Consecinţa practică este că fobicii au uneori dreptate în faţa celorlalţi, dar că se înşală foarte des. De exemplu, la fobicii sociali: dacă trebuie să recunoască repede expresiile feţei, din poze rapid prezentate[70], nu vor rata aproape nici o faţă ostilă (fără „negative false"), dar se şi pot înşela clasificînd drept ostile feţe recunoscute ca neutre de către experimentatori şi subiecţii non-fobici sociali (multe „pozitive false"). Această tendinţă de interpretare negativă este, poate, utilă supravieţuirii, însă nu şi pentru calitatea vieţii. Nu este mai bine să te îndoieşti mai puţin şi să-ţi asumi riscurile greşelii decît să zăvorăşti toate aceste riscuri, dar să nu te mai bucuri deloc de viaţă?

Din păcate, fobicii au de multe ori sentimentul că renunţarea la hipervigilenţa lor îi pune în pericol. Este adesea fals, însă nu întotdeauna. Cine-mi poate garanta că persoana pe care am vindecat-o de fobia ei de cîini nu va fi din nou muşcată într-o zi? Eu, care nu am fobie de cîini, am fost muşcat în mai multe rînduri. Aş fi putut să evit asta dacă aş fi fost fobic. Însă în cele din urmă cred că o posibilă muşcătură în viaţă este un disconfort mai mic decît o teamă obsedantă şi fuga în faţa oricărui căţelandru care se apropie. Am avut şansa să ajung singur la acest raţionament, pentru că amigdala mea cerebrală mi-a „permis-o". În caz contrar, ar fi trebuit să fac terapie ca să reuşesc.

Pentru aceleaşi motive - „e mai bine să-ţi faci griji inutile decît prea puţine" - fobicii au în egală măsură tendinţa să perceapă lucrurile în mod dihotomic, adică să le repartizeze în două - şi numai două - categorii extreme: siguranţă sau pericol. Acest raţionament de tip „totul sau nimic" îi împiedică să introducă nuanţe în percepţia lor despre mediul înconjurător fobogen. Cineva cu fobie de cîini va percepe toţi cîinii ca pe nişte potenţiali atacatori care-l vor muşca, pe cînd un non-fobic va fi capabil să facă diferenţa între un cîine agresiv (urechile lăsate pe spate, colţii la vedere, mîrîituri) Şi un cîine neameninţător. În ceea ce-l priveşte, unui panicard agorafob îi va fi greu să admită că bruştele bătăi de inimă sînt, poate, datorate unui mers un pic mai grăbit sau unui consum excesiv de cafea, şi nu unui iminent infarct miocardic. De aceea este necesar să ne formăm o percepţie flexibilă a gradului de pericol al situaţiilor. Între „e prea riscant" al fobicului şi „nu rişti nimic" al anturajului său, convingere versus convingere, terapeutul încearcă să propună un discurs nuanţat: „Putem vedea pericolul venind şi învăţa să-i facem faţă".

► „Îmi creez scenarii înspăimîntătoare"

„Am o fobie îngrozitoare de înălţimi. Evident, nu se pune problema să-mi petrec vacanţele la schi sau la munte, sau să trec peste un viaduct, însă m-am obişnuit cu asta. Problema este că pînă şi balcoanele sau ferestrele de la etaj mă îmbolnăvesc. Chiar privindu-i pe ceilalţi apropiindu-se simt frică. Cel mai rău şi mai rău este atunci cînd fiica mea se apropie de un balcon: instantaneu, o văd răsturnîndu-se în gol, căzînd şi murind. Se întîmplă atît de repede, încît aproape mi-o imaginez în sicriu..."

„Anticipez, interpretez, amplific" este într-o oarecare măsură deviza psihologică a persoanelor fobice. Aceste tendinţe fac atît de mult parte din peisajul lor mental, încît ajung să nu mai atragă atenţia. Totuşi, această forţă extremă a imaginaţiei lor trebuie să constituie pentru ele un obiect de vigilenţă. Deoarece ele nici măcar nu trebuie să „vadă" obiectul fricii lor pentru a se simţi rău. Într-adevăr, majoritatea studiilor despre percepţiile fobice sînt efectuate pe stimulări vizuale, deoarece se crede că imaginea este cel mai puternic declanşator al fricii. Însă poate nu-i atît de evident. Un studiu asupra arahnofobilor a vrut să

cerceteze dacă un stimul vizual (o imagine de păianjen) putea reprezenta un mai bun imbold pentru subiecţii fobiei decît un stimul lingvistic (cuvîntul „păianjen"). În realitate, contrar aşteptărilor cercetătorilor, mai mult cuvîntul decît imaginea ar genera perturbarea cea mai importantă[71]. Ceea ce confirmă rolul major al reprezentărilor mentale, adică al imaginaţiei, în fobii: probabil cuvîntul păianjen, în lipsa altor informaţii, evocă imediat la un fobic un păianjen enorm, negru, păros, prevăzut cu labe musculoase cu gheare, plin de forţă şi gata să sară pe tot ce mişcă... Mult mai înspăimîntător ca orice altă imagine de arahnidă pe un ecran!

► „Mă înec în mine însumi"

Persoanele fobice au tendinţa să-şi concentreze atenţia asupra propriei persoane, datorită mai ales intensităţii emoţiilor lor supărătoare. Apărîndu-şi corpul, ele sînt mai atente la răul lor interior decît la situaţia exterioară. În urma unui dialog cu celălalt, persoanele suferind de puternice frici sociale şi-au amintit mult mai puţine detalii despre acest dialog decît persoanele cu frici sociale scăzute: în timpul discuţiei, esenţialul energiei lor mentale era orientat spre autosupraveghere şi consacrat disimulării durerii lor[72].

Ele sînt în egală măsură victime a ceea ce numim raţionament emoţional, care are rolul să judece periculozitatea situaţiei în funcţie de reacţiile lor emoţionale. Dacă inima mea bate puternic înseamnă că există un pericol. Dacă mă simt rău înseamnă că îmi este rău etc.

Această tendinţă spre raţionamentul emoţional este prezentă la copil[73], dar şi la adult[74]. Ea sfîrşeşte într-o interpretare non-critică a propriilor lui senzaţii fizice ca semnale valide ale pericolului: într-o oarecare măsură, se încrede orbeşte în frica lui. Pentru că alarma s-a declanşat, credem că pericolul există cu adevărat. Or, în fobii, această alarmă este puternic dereglată...

Din această cauză, gîndurile legate de teamă, automate şi foarte rapide, pot conduce, în anumite cazuri, la o veritabilă spirală a panicii: fobicul începe să se simtă rău fizic (palpitaţii cardiace, senzaţii de vertij, mică jenă respiratorie şi nevoia de a suspina sau orice alt semn fizic). În acel moment, el interpretează aceste semne ca pe o ameninţare („o să mi se întîmple ceva"), ceea ce-i amplifică şi mai mult frica şi agravează manifestările pe care începe să le supravegheze atent: concentrîndu-se astfel asupra lor, le percepe şi mai clar, iar acest lucru îl interpretează ca pe o agravare a lor („de curînd, le simt din ce în ce mai mult, nu încape îndoială, s-a agravat, e semn rău") sau ca pe o creştere a angoasei, pînă la panică.

► Inteligenţă sub influenţă: putem acţiona?

Toate aceste procese sînt numite „preatenţionale", deoarece nu depind de voinţa persoanei. Tind să declanşeze alarme adesea inutile şi sînt obositoare pentru subiect. Fac ele parte din cauzele sau din consecinţele fricilor foarte mari? Nu se ştie, însă se pot ameliora. Anumite lucrări au scos în evidenţă efectul benefic al psihoterapiilor adaptate asupra acestor perturbări atenţionale: s-a arătat că, după o şedinţă de terapie comportamentală prin expunere, subiecţii erau semnificativ mai puţin perturbaţi de stimuli fobogeni subliminali[75].

Nu este vorba de a exercita un control total asupra acestor procese: n-ar fi de dorit, nici posibil. Avînd în vedere că ele reprezintă într-o oarecare măsură detectorii alarmei care este frica, este foarte util să fie sensibile, dar nu excesiv de sensibile: trebuie să le putem regla corect, în funcţie de circumstanţele vieţii, normale sau excepţionale. Trebuie să reglez la o valoare ridicată software-ul meu pentru teama de animale în anumite circumstanţe - dacă merg în jungla amazoniană - şi să-l reglez la o valoare scăzută în altele - dacă mă plimb pe o cîmpie liniştită.

Or sistemul de alarmă care este frica este prea rigid în fobii: mereu reglat la maximum. Vom încerca atunci în cadrul terapiei să învăţăm pacientul să moduleze toate astea prin intermediul tehnicilor psihologice specifice. Pe de-o parte, forţîndu-se să-şi înfrunte mai mult declanşatorii fricii şi să supravegheze mediul înconjurător mai puţin sistematic. Şi, pe de altă parte, învăţînd să-şi moduleze interpretările automate. Nu este uşor, deoarece capacităţile de raţionament ale persoanelor fobice se află sub puternica influenţă a proceselor lor emoţionale: inteligenţa noastră emoţională este astfel influenţată. Urmează să vedem de ce. Şi de asemenea cum, alături de eforturile comportamentale şi al distanţelor psihologice, trebuie să intre în scenă un al treilea tip de acţiune,: asupra emoţiilor de data aceasta...

Mecanisme emoţionale: putem scăpa de psihobiologia fricii?

„În aceste momente, sînt ca o nebună."

„Mi-e teamă să nu fac cine ştie ce sub impulsul emoţiei."

„Corpul şi inteligenţa mea nu mă mai ascultă, sînt la fel ca şoferul unei maşini la care nici volanul şi nici frînele nu funcţionează: am pierdut controlul."

„Mă simt deplorabil, paralizată, incapabilă să acţionez sau să decid, ca un iepure încremenit înaintea farurilor unei maşini, care urmează să fie zdrobit, fiindcă nu mai reuşeşte nici să avanseze, nici să se retragă."

Toate persoanele care au simţit muşcătura fricii pot descrie perfect intensitatea dimensiunii ei emoţionale. Şi subiecţii fobici, care o simt constant, pot, de asemenea, povesti pînă în ce punct această activare emoţională este deopotrivă stînjenitoare, dificil de controlat şi invalidantă. Un fobic îşi poate controla un atac de panică la fel de „uşor" cum îşi calmează un alergic o criză de astm... Motivul acestui lucru este simplu: reacţia de frică se bazează pe o realitate biologică de o mare forţă. Există un centru cerebral al fricii, o zonă a creierului numită „amigdală cerebrală". Acest apelativ vine din latinescul amygdalus: migdală, datorită formei alungite a acestei regiuni[1] . Amigdala este cea care decide să declanşeze această reacţie de frică. În condiţii normale, funcţionarea ei este reglată de structuri cerebrale vecine, avînd totodată rolul de a filtra informaţiile care vor fi evaluate ca necesitînd, sau nu, o reacţie de frică, pentru ca ea să nu fie contraproductivă: dacă este prea intensă, nu va dicta cele mai bune alegeri în faţa pericolului.

S-a demonstrat rolul amigdalei în diferite feluri. La animalele de laborator, dacă se lezează sau se anesteziază această regiune precisă, comportamentele lor de frică se modifică în mod considerabil. Prin astfel de metode dispare teama de şerpi la maimuţe, care încep să se apropie şi să atingă reptile fără teamă. Se pare că însăşi memoria fricii este alterată. Dacă maimuţele acestea erau muşcate de şerpi, se întorceau totuşi să-i examineze de aproape. La şobolan, teama de pisică dispare: şobolanii cu amigdala lezată se apropie fără grijă de pisici şi îndrăznesc să le muşte de ureche, ceea ce le-ar provoca probleme grave în natură. Să precizăm că pisicile au fost anesteziate în prealabil, altfel testul n-ar fi putut avea loc! În schimb, stimularea prin electrod a acestei regiuni a amigdalei cerebrale induce reacţii de frică exagerată la animale, chiar în lipsa oricărui pericol sau a oricărui context ce evocă un pericol...

► Circuitul cerebral al fricii: scenariu biologic al unei secvenţe de spaimă

Circuitul cerebral al fricii este în prezent destul de bine cunoscut în linii mari.

Se ştie deja de mulţi ani că există sub cortexul nostru - zonă de aptitudini mentale complexe, mai ales în partea ei frontală - un creier emoţional ceva mai primitiv, pe care-l împărţim cu animalele. Cînd punem fobici faţă-n faţă cu obiectul temerii lor, observăm o creştere foarte semnificativă a debitului sangvin la nivelul acestei părţi a creierului, sediul activării emoţionale[76]. Cum să descriem mai simplu acest circuit cerebral al fricii?

Organele noastre senzoriale (de vedere, auz, miros...) primesc informaţii de la mediul înconjurător, semnalînd prezenţa sau posibilitatea unui pericol: de exemplu, un şarpe sau o creangă pe sol semănînd cu un şarpe.

Aceste informaţii vor activa amigdala cerebrală, care declanşează o primă alarmă corporală sub forma unei reacţii de vigilenţă, de tresărire, de încordare.

Apoi pertinenţa acestei alarme este evaluată de diverse structuri cerebrale vecine cu amigdala, implicate în „circuitul fricii", mai precis hipocampul, zonă care aparţine creierului emoţional, acţionînd în afara voinţei noastre, şi cortexul prefrontal, care acţionează în parte - în parte numai - în funcţie de voinţa noastră.

Nucleul cerebral numit „hipocamp" joacă, între altele, rolul unui comparator cu experienţele noastre trecute: „Am întîlnit deja această situaţie, asta mi-a provocat probleme serioase." Hipocampul este şi el capabil să ţină seama de contextul din jurul obiectului fricii: de exemplu, un leu în cuşcă ne provoacă în mod discret un frison de frică (amigdala declanşează totuşi o mică reacţie de alarmă), însă faptul că se află în

[1] Voi vorbi despre amigdala cerebrală la singular, deşi există două, una în fiecare emisferă cerebrală. Se ştie, de asemenea, că ambele amigdale se descompun în mai multe nuclee, având fiecare o funcţie precisă. Însă aceste detalii nu sunt indispensabile aici: pentru cititorii interesaţi, a se vedea lucrarea de referinţă a lui Joseph LeDoux, Psychobiologie de la personnalité, citată în bibliografie (n.a.).

cuşcă ne înfrînează frica. Fobicii nu pot beneficia de această frînare contextuală: pentru ei, toate stimulările fobice sînt luate în serios, şi în cel mai strict sens al cuvîntului. Contextul nu joacă decît un rol minor: de exemplu, frica din fobiile sociale severe poate apărea chiar cu prieteni sau apropiaţi dacă privirile şi atenţia se găsesc aţintite asupra lor.

Cît despre cortexul prefrontal, acesta funcţionează ca regulator al reacţiilor automate de frică. El este cel care trebuie să integreze toate informaţiile senzoriale, emoţionale, culturale, personale... pentru a alcătui pe baza lor un plan de acţiune adaptat nevoilor şi contextului situaţiei întîlnite[1].

Să revenim la exemplul cu şarpele sau al siluetei şarpelui, zărit pe sol în timpul unei plimbări. Ochii noştri repereazä silueta: „Formă sinusoidală pe sol, întunecată, aparent nemişcată".

Ei transmit informaţia amigdalei noastre cerebrale, care trage un prim semnal de alarmă: „Atenţie, atenţie, formă suspectă!" şi declanşează chiar o procedură iniţială de supravieţuire: „Nu mai mişc!" Hipocampul caută atunci rapid în stocul nostru de amintiri: .Această formă este stocată în memoria mea colectivă sau personală ca sursă de pericol?" În acest timp, cortexul prefrontal încearcă să ia comanda operaţiunilor: „Continuaţi să mă ţineţi la curent, dar apropiindu-mă încet ca să privesc, o să văd, într-adevăr, despre ce e vorba fără să-mi asum riscuri exagerate".

Dacă, dintr-un motiv sau altul, aceste două structuri, hipocamp sau cortex prefrontal, nu frînează alarma declanşată de amigdală, atunci teama nu mai cunoaşte bariere şi se instalează panica: vom fugi în faţa unei năpîrci inofensive sau a unui simplu capăt de lemn. Sau, dacă există - ceea ce se poate întîmpla - un pericol real, vom fi înspăimîntaţi la vederea unei vipere care fuge şi ne vom impune, drept urmare, constrîngeri şi mai mari: „De acum înainte, copiii mei nu vor mai face plimbări prin pădure, e prea periculos". Şi, din păcate, cu cît panica sau începuturile de panică se repetă, mai exact cu cît fobia rămîne mai mult timp la comanda comportamentului cotidian, cu atît acest circuit biologic al fricii se întăreşte şi devine funcţional. Crizele de frică se pot declanşa astfel singure, în mod aparent absurd, asemenea unui program nebun care s-ar derula singur pe ecranul calculatorului dumneavoastră în urma unei manevre căreia nici măcar nu i-aţi acordat atenţie...

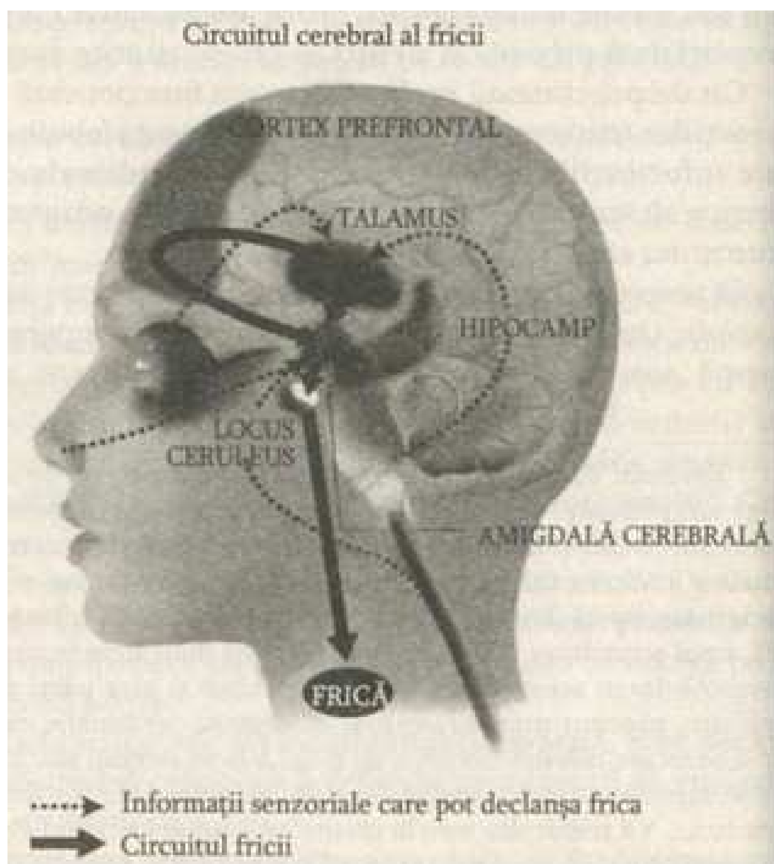
► Raporturile între amigdală şi cortexul prefrontal: luptă sau colaborare?

În fricile patologice, în mod clar amigdala este cea care a preluat puterea. Acest fenomen poate avea mai multe cauze: cel mai adesea, este vorba despre predispoziţii temperamentale (vezi capitolul precedent) sau de experienţe de viaţă traumatizante. Şi asta pentru că amigdala „învaţă" şi memorează perfect experienţele şi condiţionările fricii.

Datorită tehnicilor de neuroimagistică, prin intermediul cărora se vizualizează ce regiuni ale creierului sînt implicate în diferite situaţii de viaţă, a fost demonstrat rolul amigdalei. Astfel, reactivitatea emoţională a pacienţilor fobici sociali la nişte fotografii cu chipuri furioase ori dispreţuitoare este mai mare decît cea a subiecţilor non-fobici sociali, iar această reactivitate este concretizată Printr-o mai mare activare (studiu prin rezonanţă magnetică) a zonei amigdalei cerebrale[77].

---

[1] Evident, datele de anatomie funcţională pe care le ofer aici sunt foarte simplificate. Cunoştinţele ştiinţifice actuale ne permit să presupunem un circuit şi mai complex: anumite informaţii senzoriale, mai ales vizuale şi auditive, suferă un prim tratament de la talamus, o zonă centrală a creierului; există două circuite cerebrale capabile să declanşeze alarma de frică, unul scurt între talamus şi amigdală, şi unul lung în care cortexul se interpune între aceste două structuri; există şi alte părţi ale creierului implicate, precum nucleul ventral al striaţiei terminale, care ar asigura într-o oarecare măsură trecerea de la frică la anxietate, sau locus ceruleus, care se supune ordinelor amigdalei şi declanşează reacţiile fizice de frică în organism... Vă trimit din nou la cartea lui Joseph LeDoux, Psychobiologie de la personnalité, şi, de asemenea, la site-ul lui, găzduit de Centrul de Neuroştiinţe al Universităţii din New York: cns.nyu.edu/home/ledoux (n.a.).



Un foarte interesant studiu a fost efectuat recent pentru a vedea ce se petrece în creierul nostru în timpul unei luări de cuvînt în public[78]. Toată lumea are trac într-o asemenea situaţie, dar la fobicii sociali, acest trac este însoţit de o incapacitate totală de a-şi aduna gîndurile, amintirile sau mai rău - în cazul unui examen oral - cunoştinţele. Ceea ce a arătat imagistica cerebrală este că la subiecţii cu trac „normali", luarea cuvîntului în public era însoţită, desigur, de o mărire a irigării sangvine a regiunii amigdalei (ei simţeau totuşi frica), însă mai ales de un consum ridicat de oxigen în diferite regiuni corticale, corespunzînd aportului în energie necesar mobilizării resurselor lor intelectuale pentru a face faţă situaţiei. Era invers la fobici: activarea foarte puternică a amigdalei şi, în comparaţie cu non-fobicii, irigarea sangvină mai scăzută a regiunilor corticale. Aceste rezultate corespund exact cu ceea ce ne povestesc pacienţii noştri cu frici sociale foarte mari: „Aveam capul gol, nu-mi puteam face creierul să funcţioneze, ca un vid enorm. Însă eram panicat, în mod excesiv, absurd, animalic..."

Această impresie a unei catastrofe iminente, a unui enorm disconfort interior, o dă amigdala care funcţionează la capacitate maximă. Capul gol sînt zonele corticale, total debusolate de alarma care urlă, omniprezentă, terifiantă, declanşată de amigdală...

► Programaţi pentru frică

De ce această zonă cerebrală arhaică preia puterea asupra zonelor mai „nobile" şi mai „evoluate"? Deoarece creierul nostru este prevăzut cu reţele sinaptice mai numeroase în sensul amigdală- cortex prefrontal decît invers. Şi pentru că amigdala este întotdeauna alertată prima: în faţa unei ameninţări, corpul nostru se teme întotdeauna înaintea minţii[79].

Sîntem programaţi pentru frică încă de la naştere şi viaţa este cea care ne va învăţa să ne arătăm selectivi faţă de fricile noastre: ceea ce vom învăţa, ceea ce urmează să observăm în jurul nostru, ceea ce vom experimenta noi înşine... Creierul nostru, acest minunat calculator personal, este, aşadar, echipat în serie, prin evoluţie, cu un program care ne pregăteşte să simţim cel mai mare număr de frici posibil. Probabil că este acelaşi program cu care erau echipaţi şi strămoşii noştri, însă pericolele întîlnite nu mai sînt aceleaşi, de unde şi necesitatea unei modulaţii şi a unei flexibilităţi. În funcţie de mediul său, fiecare fiinţă umană îşi va regla propriul program de frici: sensibilitatea la anumite frici va fi reglată la o valoare mai mică; fricile utile supravieţuirii cotidiene, din contra, vor fi reglate în mod mai sensibil. Şi, în toate cazurile, putem modifica reglajele acestea dacă nevoile sau mediul nostru se schimbă. În plus, declanşarea reacţiilor

de frică nu ne „porneşte" calculatorul la orice pas: nu simţim în mod constant atacuri de panică în faţa problemelor.

Astfel, nu avem nevoie să învăţăm să ne temem (sîntem echipaţi de natură pentru asta), ci să învăţăm de ce să ne temem şi, de asemenea, de ce să nu ne mai temem!

► Dereglări diverse legate de biologia fricii

Toate lucrările ştiinţifice pe care le evoc aici nu au nimic abstract, ele corespund exact cu ceea ce descriu persoanele care suferă de frici foarte mari...

În primul rînd, fricile care se transformă foarte repede în panică şi teama de frică: „Fac totul ca să nu mă găsesc într-o situaţie îngrijorătoare, fiindcă, dacă mi se declanşează teama, ştiu că nu voi putea face nimic ca s-o opresc".

Apoi, autodeclanşarea fricilor, care se pot activa singure sau aproape singure, plecînd de la nimic sau aproape nimic: un gînd, o privire sau o tăcere, o bătaie de inimă mai tare ca altele, o trezire în plină noapte... Vom vedea că sistemul nervos simpatic al pacienţilor fobici este mereu la un nivel de funcţionare prea ridicat (în limbaj curent, sînt mereu „în tensiune"), ceea ce explică aceste aprinderi ca nişte fulgere de căldură în plină vară în urma zilelor caniculare.

În sfîrşit, recurenţa fricii: fobia are memorie lungă. Chiar dacă vom fi făcut progrese, ne vom fi înfruntat victorios temerile, ne vom fi schimbat viziunea asupra lumii (mai puţine scenarii-catastrofă), teama poate întotdeauna să aibă un come back, ca o veche vedetă a cîntecului pe care nimeni nu mai are totuşi chef s-o asculte... Asta pentru că, în realitate, creierul nostru nu-şi uită nici odată fricile şi le păstrează arhivate, în somn. Astfel, este suficient, după ce ne-am învins temerile, să ne confruntăm cu o situaţie altădată generatoare de panică, adăugată unei scăderi de formă, pentru ca o undă de teamă să revină. Asta îi poate descuraja pe cei mai fragili: „Toate eforturile astea pentru nimic"... Însă în realitate aceste recurenţe ale fricii sînt pe deplin controlabile de pacienţii care au fost avertizaţi în legătură cu acest aspect, şi mai ales cei care au lucrat prin terapie comportamentală: ei ştiu foarte bine ce să facă pentru a limita dezvoltarea lor şi a le ţine în umbră, dacă din întîmplare vechile reflexe emoţionale îşi fac din nou apariţia.

► Cum să „calmăm" amigdala cerebrală?

Dacă un fenomen are loc în sfera biologiei, asta nu înseamnă că este inamovibil.

Ceea ce merge într-un sens - sensibilizarea fricii - poate merge şi în celălalt - desensibilizarea ei. Lucrări recente şi captivante au arătat că anomaliile cerebrale asociate cu tulburări fobice se pot normaliza sub tratament, fie că el este medicamentos sau psihoterapeutic[80]. Acest fenomen numit „neuroplasticitate cerebrală" reprezintă una dintre mizele cele mai captivante ale viitorilor ani pentru cercetarea în psihologie şi în psihoterapie[81]: aminteşte, pur şi simplu, că, de fapt, creierul nostru evoluează continuu, în funcţie de experienţele pe care le trăim. Pot acţiona asupra creierului meu, îl pot reconfigura, pentru ca emoţiile patologice pe care le sufăr să nu mai constituie o fatalitate.

Dar asta nu se poate face decît în mod progresiv. Este vorba despre o adevărată ucenicie: dacă vreau să cînt la un instrument muzical sau să vorbesc engleză, va trebui să consacru timp acestei activităţi. Şi nu doar ca să învăţ teoria, ci să exersez constant. La fel stau lucrurile în cazul luptei mele împotriva fobiei: pot învăţa să-mi îmblînzesc fricile excesive, însă asta va necesita eforturi în timp, de la cîteva săptămîni la cîţiva ani, în funcţie de fobii şi de vechimea lor. Atenţie, asta nu înseamnă că, pentru a ne simţi mai bine, avem nevoie de tot acest timp: primele beneficii pot fi rapide. Asta vrea să însemne că perioada respectivă ne va fi necesară pentru a ne simţi cu adevărat în siguranţă, adică nu la adăpost de frică (nu-i posibil, nici de dorit), ci în stare s-o reglăm.

Unul dintre pacienţii mei mi-a propus într-o zi comparaţia următoare: „Sînt astăzi cu fricile mele ca un îmblînzitor în cuşca barelor. Continui să mă tem, dar eu sînt cel care comandă. Îmi voi petrece viaţa în cuşcă, însă de fiecare dată cînd trebuie să mă duc acolo, ştiu că pot s-o fac. Şi uneori, uneori numai, recunosc că puterea de a-mi domina frica în aceste circumstanţe îmi provoacă o mică plăcere..."

► Curaj şi discernămînt

Lupta împotriva fricilor fobice se supune destul de bine principiilor filosofiei stoice şi ale celebrei sale rugăciuni: „Doamne, dă-mi seninătatea să accept ce nu pot schimba, curajul să schimb ceea ce pot şi înţelepciunea să le deosebesc".

Curajul este necesar persoanelor fobice, cu atît mai mult cu cît fricile împotriva cărora ele luptă sînt invizibile în ochii altuia. Nimeni, în afară de apropiaţii sau de terapeutul lor, nu le va admira la adevărata lor valoare. Ele îşi vor duce lupta în umbră.

Vor avea nevoie şi de tărie sufletească pentru a accepta dificultăţile întîlnite pe parcurs, eşecurile - chiar tranzitorii. Frica este un adversar tenace şi nu este suficient să decidem să luptăm împotriva ei, ci de a o face, pentru ca înfruntarea să fie uşoară. În general, progresele se înregistrează cu suişuri şi coborîşuri mai mult decît în mod liniar. Nu trebuie cîştigată o luptă, ci un război.

Persoanele fobice vor trebui să dea dovadă de tenacitate, deoarece am văzut că munca de pacificare emoţională pe care o au de dus se întinde pe o perioadă lungă de timp: nu este vorba despre nimic altceva decît de reconfigurarea propriei funcţionări cerebrale - şi, în plus, în zone cu precădere puţin accesibile voinţei noastre.

Vor avea nevoie, în sfîrşit, de discernămînt, pentru ca eforturile lor de a-şi înfrunta frica să nu se transforme în violenţe îndreptate împotriva propriei persoane: vom vedea că trebuie să se stimuleze şi să se încurajeze, şi nu să se hărţuiască sau să se reprime. Este un amestec subtil de exigenţă faţă de sine şi de toleranţă care se va dovedi cel mai eficient.

În această privinţă, adesea terapeutul este cel care arată calea, stimulîndu-şi pacientul, fără să uite nici odată că este dificil ceea ce îi cere să facă. Atunci cînd îmi îndemn pacienţii fobici să înfrunte situaţii care-i angoasează, mi se întîmplă să am uneori scrupule, deoarece văd bine că-i fac să treacă printr-un moment neplăcut. Şi că, în cele din urmă, am fi mult mai liniştiţi să discutăm despre copilăria lor în biroul meu decît să ne plimbăm în metrou, să alergăm după porumbei sau să cerem indicaţii despre drumul nostru tuturor trecătorilor de pe stradă.

Însă atunci cînd la sfîrşitul terapiei îi întreb ce i-a ajutat cel mai mult, toţi, fără excepţie, îmi răspund: „Că m-aţi încurajat să-mi înfrunt temerile..."

CAPITOLUL 4

Cum facem faţă fricii: primele piste

Trebuie să le facem viaţa imposibilă fricilor noastre, în caz contrar, ele vor fi cele care ne vor face viaţa imposibilă.

Iată sfaturi pentru a duce la bun sfîrşit această recucerire a libertăţii noastre. Iată exerciţii pentru a ne întări capacităţile de confruntare cu frica. Iată cum să pregătim şi să prelungim tratamentele pe care le vom aborda într-un capitol viitor.

Şi iată mai ales MAREA regulă: nu-ţi poţi învinge frica fără să cobori în arenă. Pentru a-ţi domina fricile, trebuie să le înfrunţi - cît mai des şi mai constant.

„La luptă! Trebuie să profit de viaţă, să găsesc bucuria, altfel sînt pierdut. Dar cum, cum?"
Alexandre JOLLIEN, Le Métier d'Homme

„Dacă vei continua să faci ce ai făcut întotdeauna, nu fi uimit dacă vei avea ce ai avut întotdeauna."

Philippe, pacientul meu, este foarte mîndru să-mi arate această frază scrisă pe un capăt de hîrtie: „Am găsit citatul ăsta şi mi-am spus că v-ar amuza, doctore". De cîteva şedinţe, lucrăm împreună la modificarea tuturor acestor obiceiuri cotidiene care hrănesc teama, contribuie la întărirea ei şi o fac să dureze. Philippe a înţeles bine mesajul: cel mai important moment într-o terapie este ce se întîmplă atunci cînd terapeutul nu mai este acolo, alături de pacient. Chiar dacă ne vedem pacienţii o dată pe săptămînă, rămîn totuşi o sută de ore bune, în timpul cărora ei sînt confruntaţi singuri cu fobia lor...

Vom vedea în capitolul următor ce se petrece pe durata unei terapii, însă înainte de asta, vom trece în revistă eforturile personale indispensabile care trebuie puse în practică în existenţa cotidiană. Toate sfaturile

conţinute în aceste pagini nu vor putea înlocui o veritabilă psihoterapie dacă suferiţi de o teamă severă şi persistentă din trecut. Însă ele sînt indispensabilul însoţitor al acestei terapii, o completare şi o prelungire a eforturilor pe care vi le va cere terapeutul. Sînt, de asemenea - şi în special -, baza eforturilor dumneavoastră de a vă atinge obiectivul: să vă învingeţi frica în limite normale şi acceptabile.

Iată cele zece porunci ale luptei împotriva fricii, pe care le vom detalia:

1. Nu vă mai supuneţi fricilor.
2. Informaţi-vă cu adevărat despre ce anume vă provoacă frică.
3. Încetaţi să vă mai fie frică de frică.
4. Modificaţi-vă viziunea despre lume.
5. Confruntaţi-vă urmînd regulile.
6. Respectaţi-vă şi făceţi-i pe ceilalţi să vă respecte fricile.
7. Gîndiţi-vă la frica dumneavoastră, la trecutul şi funcţia ei.
8. Aveţi grijă de dumneavoastră.
9. Învăţaţi să vă relaxaţi şi să meditaţi.
10. Menţineţi-vă eforturile în timp.

1. Nu vă mai supuneţi fricilor

Imaginaţi-vă că într-o zi cineva se mută la dumneavoastră acasă fără să-l fi invitat. Se stabileşte şi îşi impune obiceiurile. Se serveşte din frigiderul dumneavoastră, doarme în salonul dumneavoastră, vă însoţeşte peste tot. Şi începe să vă dea ordine: „Scarpină-mă pe spate, adu-mi micul dejun în pat, lustruieşte-mi pantofii, lasă-mi camera ta şi du-te să dormi în salon..." Dacă îi daţi ascultare, ce motiv ar avea această persoană să plece de la dumneavoastră? Niciunul: cu cît vă veţi supune mai mult, cu atît musafirul nepoftit se va simţi mai în largul lui la dumneavoastră şi nu va dori deloc să vă părăsească domiciliul.

Ei bine, exact asta se întîmplă cu frica: dacă vă supuneţi ei de fiecare dată cînd vă spune „nu face asta", „pleacă-ţi ochii", „fă un ocol", „fugi", „nu ieşi fără să fii însoţit", atunci ea nu are niciun motiv să dea înapoi, şi cu atît mai puţin să dispară definitiv.

Le propun adesea pacienţilor mei această metaforă a „musafirului nepoftit" pentru a-i convinge să reflecteze la raportul de prea mare toleranţă, de prea mare supunere pe care îl întreţin cu teama lor excesivă, uneori fără să-şi dea bine seama de asta. Fobia trebuie privită ca un musafir nepoftit, care ne împinge să facem totul pentru a nu-i da motive să-şi prelungească sejurul. Trebuie să-i faceţi viaţa imposibilă fobiei; pentru că, în caz contrar, fobia este cea care vă va face viaţa imposibilă.

Această evidenţă nu este atît de limpede în ochii multor persoane fobice: după ani lungi de evoluţie, ele ajung să nu mai facă distincţie clară între interesele lor proprii şi cele ale patologiei lor. Cu toate astea, această reflecţie şi acest recul sînt indispensabile, deoarece interesele celor două părţi sînt radical opuse: acolo unde persoanelor fobice le-ar plăcea să redevină autonome şi senine, fobia tinde să le menţină în dependenţă şi frică. Este esenţial, aşadar, să mă disociez de teama mea, să înţeleg că interesele mele sînt diferite de ale ei. În caz contrar, după un oarecare timp de evoluţie, evitările, impuse de frică, vor avea tendinţa să se prezinte ca nişte pseudoalegeri personale. Ne vom spune astfel: „Nu merg la serate, pentru că mă plictisesc, acolo nu se vorbeşte decît despre bani şi de lucruri superficiale". Şi nu: „Mi-e frică, nu ştiu ce să zic, mă tem să rămîn la distanţă sau să mă fac remarcat prin emotivitatea sau tăcerea mea forţată". Sau: „Nu mai iau metroul pentru că e sinistru şi miroase urît", şi nu: „Mor de teamă ca garnitura să nu se blocheze între două staţii şi să încep să mă sufoc sau să mă panichez". După un moment, evitările sînt camuflate de fobie în alegeri de viaţă şi trec neobservate. Dar ele continuă să fie nişte renunţări toxice.

Trebuie deci să îndrăznim să nu ne supunem fricii, cel puţin exceselor ei, şi să-i declarăm război.

Evident, ea nu va ceda: înfruntînd ceea ce fobia ne ordonă să evităm, vom simţi automat o amplificare a fricii şi a disconfortului emoţional. Însă amintiţi-vă că, supunîndu-vă fobiei, prin evitările dumneavoastră, vă cumpăraţi liniştea cu un preţ mare: pentru un strop de linişte pe moment, vă sacrificaţi viitorul. Consimţind la acest tip de confort în prezent înseamnă să renunţaţi la libertatea viitoare.

Veţi vedea, eforturile dumneavoastră pentru a vă confrunta nu vor fi, de altfel, atît de costisitoare: odată ce veţi simţi plăcerea de a obţine mici victorii asupra fricii, veţi uita costul emoţional al înfruntărilor, mai ales atunci cînd începeţi să înţelegeţi că dispuneţi de o metodă coerentă, care va asigura perenitatea progreselor dumneavoastră.

Însă atenţie, lupta împotriva unei fobii nu este o bătălie, ci un război de uzură. Nu este suficient să cîştigi o luptă şi să pui adversarul pe fugă: trebuie, puţin cîte puţin, să cîştigi toate bătăliile, pînă la retragerea lui completă şi durabilă. Respingeţi adversarul acolo unde ar trebui să fie: în spatele frontierelor fricii normale. Şi păstraţi-vă în alertă însuşirea de a-l face să dea înapoi ori de cîte ori îi va veni în minte să lanseze un nou atac (ceea ce se numeşte recurenţa fricii), Îmi pare rău să întrebuinţez acest limbaj războinic în psihologie, însă el corespunde realităţii. Nu mai pactizaţi: luptaţi-vă! Acceptaţi, prin urmare, că viaţa dumneavoastră va fi mai puţin liniştită o perioadă de timp: în orice caz, un trai dominat de fobie nu este cel la care visaţi, nu-i aşa? Niciun război nu este plăcut, însă unele sînt necesare - acest război de eliberare este.

Am văzut de-a lungul capitolelor precedente: nu sînteţi vinovat de fobia dumneavoastră. Nimeni nu alege să fie fobic şi nimeni nu se bucură să fie.

Sînteţi, în schimb, responsabil de lupta împotriva fobiei. Este important să vă schimbaţi atitudinea mentală: treceţi de la suferinţă la acţiune, de la poziţia de victimă la cea de combatant. Însă atenţie, vom vedea că spiritul acesta belicos nu trebuie să vă facă să uitaţi un lucru: nu teama este cea pe care doriţi s-o învingeţi, ci fobia, adică excesul de frică, şi ansamblul reacţiilor inadaptate fricii. Problema este dereglarea acestui sistem de alarmă natural. Vom vedea că, în mod paradoxal, trebuie să acceptăm frica, senzaţia de frică. Însă nu mai acceptaţi fobia, nu vă mai supuneţi ei. Cu cît veţi colabora mai mult, cu atît problema va dura mai mult.

2. Informaţi-vă cu adevărat despre ce anume vă provoacă frică

Una dintre pacientele mele claustrofobe avea convingerea că putea muri sufocată în cîteva minute într-un lift blocat sau încercînd să înghită o pastilă ori un medicament. O alta care suferea de o fobie a sîngelui, de înţepături şi injecţii îmi relata astfel temerile ei: „Cînd o să mă înţepe, n-o să mă mai pot controla, mă voi mişca şi acul se va rupe în braţul meu", „Un vîrf de ac va urca pînă la creierul meu şi-mi va provoca un accident vascular cerebral", „Acul îmi va traversa braţul", „O să mi se ia mult sînge pentru examene şi o să mi se facă rău".

Regăsim asemenea credinţe în majoritatea fobiilor. Ele par, evident, absurde şi excesive în ochii persoanelor non-fobice. Psihoterapeutul american Albert Ellis definea, de altfel, tulburările fobice ca pe nişte „comportamente stupide adoptate de persoane inteligente[82]". Descrierea atinge esenţa, însă problema, văzută din interior, este în realitate ceva mai complicată.

Nu pentru că fobicii nu se interesează de ceea ce le provoacă frică. Ci mai degrabă pentru faptul că se interesează parţial şi superficial.

Parţial, pentru că au tendinţa de a nu strînge decît informaţiile care le confirmă temerile. Cei cu fobie de avion păstrează adesea în memorie marile catastrofe aeriene, însă sînt mai puţin impresionaţi de numărul mare al avioanelor care nu se prăbuşesc. Cei cu fobie de cîini îşi amintesc perfect poveştile despre persoane muşcate violent din anturajul lor, însă nu şi de imensa majoritate a cîinilor liniştiţi sau de muşcăturile benigne. Persoanele care se tem să roşească păstrează amintirea remarcilor batjocoritoare care le-au fost aruncate pe acest subiect, însă uită cu plăcere toate momentele în care nimănui nu i-a păsat de înroşirea lor. Or, aşa cum amintea filosoful Hegel, e mai bine „să asculţi pădurea care creşte decît copacul care cade".

Abordarea pe care o au pacienţii faţă de ceea ce le provoacă frică este, de asemenea, superficială, deoarece, într-un reflex comprehensibil, ei evită tot ceea ce le aminteşte de fobia lor. Mulţi dintre cei cu fobie de păsări sau de păianjeni, de exemplu, ignoră toate informaţiile despre aceste animale: evită cu îndîrjire orice articol de ziar, orice carte, orice emisiune de radio sau TV care dezbate acest subiect de care se tem atît. Însă procedînd astfel, se menţin într-o stare de ignoranţă care le întreţine imaginea unor serii întregi de pericole: că păsările, dacă înnebunesc, le pot scoate ochii sau că păianjenii au o singură idee, să atace în

mod feroce oamenii. Multe dintre persoanele care suferă de atacuri de panică cred că pot înnebuni cu adevărat în timpul unei crize de angoasă, în vreme ce psihiatrii ştiu că „nebunia" n-are nimic de-a face cu spirala angoasei. Mulţi dintre fobicii sociali se simt observaţi şi judecaţi în permanenţă de ceilalţi, în vreme ce toate lucrările despre interacţiunile sociale arată că interlocutorii noştri sînt, în general, destul de indiferenţi la stările noastre sufleteşti şi se dovedesc slabi observatori ai celuilalt.

Este important, aşadar, să studiaţi diferit obiectul temerilor dumneavoastră şi să obţineţi toate informaţiile necesare. Nici una dintre întrebările dumneavoastră nu este ridicolă şi trebuie să îndrăzniţi să le puneţi persoanelor care deţin răspunsurile. Se poate muri de frică? De ce şerpii îşi scot limba? Un cîine poate ucide un om? Multe dintre tratamentele fobiilor trebuie să conţină această fază de examinare exhaustivă a informaţiilor. De exemplu, mai multe companii aeriene propun celor cu fobie de zbor vizite la bordul avioanelor la sol, în cadrul cărora piloţi sau stewardese le oferă explicaţii despre cum un obiect mai greu ca aerul poate zbura, ce se întîmplă în cazul unui defect al reactorului etc. Una dintre pacientele mele mi-a povestit astfel prima ei criză de panică în timpul unui zbor aerian: pilotul a semnalat pasagerilor survolarea vîrfului Mont Blanc pe una dintre laturile aparatului. Un întreg grup de călători s-a precipitat atunci să admire priveliştea, înspăimîntîndu-mi pacienta, convinsă că afluxul de pasageri pe o singură latură a aparatului risca să dezechilibreze avionul ca o barcă şi să-l antreneze într-o cădere iremediabilă şi mortală. Evident, avîndu-se în vedere masa aparatului şi viteza lui, riscul era nul.

Mulţi pacienţi nu depun efortul să meargă pînă la capăt cu acest demers de căutare a informaţiilor, pur şi simplu pentru că este dureros în plan emoţional: el reprezintă deja în sine un prim efort de confruntare.

Aceste informaţii nu substituie singure un tratament, însă ele constituie un prim pas util. Ele vor trebui în orice caz să fie „verificate" pe teren: amintiţi-vă următorul aspect: creierul dumneavoastră emoţional nu ascultă nici odată de creierul dumneavoastră raţional. La fel ca Sfîntul Toma care nu credea decît ce vedea, creierul dumneavoastră emoţional nu crede decît ce simte...

Cele mai frecvente întrebări puse de persoanele fobice şi cîteva variante de răspuns

Tip de fobie	Temeri posibile	Răspunsuri raţionale
Tulburare de panică (fobie de nelinişte şi de pierderea controlului de sine)	Putem înnebuni în timpul unei crize de angoasă?	Nu, doar există această impresie, însă niciun caz de acest tip nu a fost vreodată semnalat în istoria psihiatriei moderne.
Fobie de furtuni	Fulgerul poate lovi pe cineva în interiorul unei case?	Nu, el nu vă poate lovi decît în exterior, dacă staţi în picioare în cîmp deschis sau sub un copac. El vă poate lovi de asemenea - foarte rar - aparatele electrocasnice, urmînd firele electrice, telefonice sau antena TV. însă nu riscaţi nimic dacă nu manipulaţi aceste aparate în timpul unei furtuni.
Fobie socială	Îi judecăm negativ pe oamenii care roşesc?	Nu, în cea mai mare parte a situaţiilor, interlocutorii au o părere tolerantă despre cei care roşesc[83], În plus, trebuie să-i remarce...
Fobie de înălţimi	Ne putem pierde capul şi arunca în gol dacă avem un vertij prea puternic?	Nici odată, evident. Dar cei mai mulţi acrofobi se „văd" făcînd-o: temerile lor se transformă în imagini impresionante.
Fobie de şofat	Putem avea o indispoziţie bruscă, pe care nu o anticipăm, şi să provocăm un	Pentru asta ar trebui să suferiţi de o boală anume (epilepsie prost stabilizată de tratament, narcolepsie...), dar veţi fi, şi în acest caz, la curent cu ea.

	accident?	
Multe fobii	Putem muri din cauza fobiilor?	Nu, în ciuda numeroaselor poveşti care circulă pe acest subiect. Doar dacă nu sînteţi afectat de o boală cardiacă şi nu aveţi arterele coronariene în stare proastă. Veţi fi la curent...

Tip de fobie	Temeri posibile	Răspunsuri raţionale
Fobie de sufocare	Ne putem sufoca înghiţind greşit?	Nu, doar dacă sînteţi foarte în vîrstă sau dacă suferiţi de boli specifice de care aţi fi informat.
Fobie de păianjeni	Un păianjen poate fi agresiv dacă înnebuneşte?	El nu are decît o dorinţă, la fel ca dumneavoastră, aceea de a fugi. Sub nici o formă aceea de a vă ataca, mai ales dacă vă ţineţi la distanţă: sînteţi o pradă mult prea mare!
Fobie de impuls	Ne putem pierde controlul de sine şi să facem rău cuiva, lovin- du-1 sau insultîndu-1?	Doar sub efectul furiei, şi nu al fricii, şi asta nu are nimic de-a face cu fobia.
Claustrofobie	Atunci cînd un ascensor (sau o garnitură de metrou) se blochează, există un moment în care vom rămîne fără aer?	Nu, aerul circulă bine în lifturi şi tuneluri. Nu este un aer de cea mai bună calitate, însă este absolut suficient pentru a petrece acolo ore întregi fără niciun risc, dar fără confort. Nu trebuie confundat disconfortul cu pericolul.
Fobia de apă	Ne putem scufunda şi îneca dacă ne panicăm?	Un adult cu o constituţie normală are întotdeauna reflexe de supravieţuire care-i permit să plutească pînă cînd sosesc ajutoarele.

3. Încetaţi să vă mai fie frică de frică

„Tremuri, carcasă, însă ai tremura mult mai tare dacă ai şti unde o să te duc."

Fraza aceasta este atribuită mareşalului Henri de Turenne (1611-1675). Renumit pentru curajul lui, lui Turenne îi era frică în timpul fiecărei bătălii, însă nu se lăsa intimidat de ea. Acest program le convine perfect persoanelor fobice. Este normal să simţim frică. Problema nu este să începem să simţim frică, ci reacţia noastră la frică: să ne panicăm în faţa ei. Iar soluţia nu este, aşadar, să evităm cu orice preţ ca teama să apară, ci să învăţăm să nu ne mai temem de ea antrenîndu-ne cu regularitate să o controlăm, ceea ce ne va permite s-o dezamorsăm în mod progresiv şi să-i scădem din intensitate.

Demersul persoanei fobice trebuie, deci, să fie bazat şi pe confruntarea cu frica, şi pe acceptarea unei anumite doze de frică. Să reamintim că lupta împotriva fobiei trebuie concepută ca o formă de reeducare a alergiei la factorii care provoacă frică, precum recalibrarea unui sistem de alarmă dereglat. Să repetăm, teama este normală: scopul nu este deci de a o suprima, ci de a o folosi în beneficiul nostru şi de a o aduce la un nivel care să fie util fără să fie greu de suportat.

Această muncă de acceptare este cu atît mai utilă şi necesară, cu cît numeroase emoţii negative sînt legate de apariţia sau recurenţa fricii: să-ţi accepţi frica înseamnă să ajungi să nu mai simţi faţă de ea nici teamă, nici ruşine, nici tristeţe. Înseamnă să nu mai consideri teama ca o lipsă de forţă sau de voinţă şi să nu mai emiţi o judecată morală asupra apariţiei ei, ci, pur şi simplu, s-o accepţi ca pe o problemă şi să încerci s-o rezolvi săptămînă după săptămînă.

► Să nu vă mai fie frică de frică

„În momentul în care simt din nou aceste senzaţii, inima care bubuie sau bate nebuneşte, ecoul bătăilor ei în urechile mele, suflul scurt... mă panichez. Nici măcar nu mai am nevoie să fiu în situaţia respectivă, îmi ajunge să mă gîndesc la ea suficient de tare pentru a începe să simt muşcătura fricii şi să înnebunesc... Mă panichez de propria frică, de teama mea născîndă, ca un animal care se teme de umbra lui."

Fenomenul fricii descrie acest sentiment, foarte frecvent la persoanele fobice, de pierdere a controlului în cazul apariţiei fricii. Din cauza acestui fapt, ele încearcă cu orice preţ să nu înceapă să simtă frică, pentru că nu ştiu unde se va sfîrşi o teamă incipientă. Sau mai degrabă cred că ştiu: că va sfîrşi prin nebunie, un stop cardiac sau ceva de genul acesta... Urmează să vedem că singura soluţie este să ne antrenăm din nou să ne fie frică, în mod constant, în circumstanţe controlate: este terapia prin expunere, despre care vom vorbi în capitolul următor.

►Să nu vă mai fie ruşine de frică

„Nu e normal să fiu aşa, la vîrsta mea. Să mă panichez pentru asemenea prostii. În acele momente, mă simt slab, jalnic, fără voinţă..." Acest tip de autoverbalizări negative este la fel de frecvent. Multor persoane fobice le este ruşine de fricile lor. Le-ar fi ruşine să fie mioape sau diabetice ori hipertensive? Nu. Totuşi, ele nu sînt mai responsabile de fobiile lor decît ar fi de alte tulburări. Nu faceţi o judecată morală asupra fricii dumneavoastră. Consideraţi-o mai degrabă ca o problemă de rezolvat. Întrebarea importantă nu este: „De ce sînt atît de slab, atît de fricos?", ci: „Cum să fac ca să limitez puţin cîte puţin intensitatea acestei frici care mă deranjează şi pe care o dezaprob?"

►Să nu mai fiţi trist pentru că vă este frică

„Făcusem progrese şi apoi, brusc, am avut o nouă criză de panică. Eram distrusă, îmi spuneam că nu voi scăpa nici odată, că eforturile mele erau condamnate la eşec..."

Există încă prea multe credinţe eronate în legătură cu schimbarea psihologică. Avem în continuare senzaţia că funcţionează prin „declic": odată ce voi fi înţeles de ce am această problemă sau o voi fi înfruntat, ea va fi reglată. Este vorba, evident, despre o viziune iluzorie a psihoterapiei, popularizată de anumite filme hollywoodiene: eroul sau eroina înţelege dintr-odată de unde veneau problemele sale, ochii i se umplu de lacrimi (de obicei, se aud viori pe fundal) şi toate grijile dispar pentru totdeauna.

Adevăratele terapii - din păcate - nu funcţionează aşa. Ele seamănă mai mult cu un proces de învăţare, ca atunci cînd încercăm să renunţăm la fumat sau să învăţăm să schiem: suferim, încercăm, reuşim, apoi nu mai reuşim, pe urmă reuşim din nou... Un pic descurajant, dar dacă perseverăm, vom reuşi întotdeauna: într-o bună zi, cu ocazia unei confruntări neprevăzute, vom conştientiza că vechile reflexe au dispărut complet...

Ceea ce este valabil pentru începutul eforturilor de schimbare - ce a mers ieri nu va merge neapărat astăzi - este şi pentru eventualele recidive. Teama are memorie lungă şi se poate trezi din nou la viaţă, după ani de zile, chiar după un tratament reuşit şi o libertate de mişcări regăsită. Atunci va trebui să strîngem şurubul şi nu să ne spunem în legătură cu această „întoarcere a fricii" (ROF, după cum zic terapeuţii anglo-saxoni: Return of Fear): „S-a dus totul de rîpă, nu voi scăpa nici odată". Ci mai degrabă: „Nu este o întoarcere a bolii, ci doar o recidivă a fricii..."

4. Modificaţi-vă viziunea despre lume

Antonimul adjectivului „fobic" este „curajos" sau „inconştient"? Pentru Helvetius, filosoful francez din secolul al XVIII-lea, „curajul este adesea efectul unei slabe aprecieri a pericolului pe care-l înfruntăm sau al deplinei ignorări a acelui pericol". Acest risc de miopie psihologică faţă de pericol nu ameninţă persoanele fobice! Fobia ar fi mai degrabă, pentru a relua cuvintele lui Helvetius, efectul unei aprecieri prea clare a pericolului pe care-1 înfruntăm sau al conştiinţei profunde a acelui pericol...

Am vorbit deja despre capacitatea persoanelor fobice de a descoperi foarte devreme semnele unui eventual pericol. Adesea o fac în mod greşit, reacţiile lor de teamă înrudindu-se cu alarmele false. Însă trebuie specificat faptul că reacţiile acestea se înscriu într-un context mai larg, şi într-o veritabilă viziune despre lume, care se bazează pe trei mari familii de temeri fobice:

- Lumea este periculoasă şi mi-e frică de tot ce se poate petrece (pericolul domneşte în exterior).
- Nu sînt sigur pe mine şi mi-e frică de propriile reacţii (pericolul poate veni şi din interior).

● Nu sînt capabil să fac faţă şi nu pot să-mi acord încredere (nu pot supravieţui decît prin frică sau evitare).

► Lumea este periculoasă: rolul scenariilor-catastrofă

Persoana fobică se teme de atîtea lucruri pentru că aderă adesea la numeroase „scenarii-catastrofă": sînt predicţii înspăimîntătoare, cel mai adesea eronate, a ceea ce se va întîmpla, cu siguranţă, în caz de confruntare:

„Porumbelul o va lua razna şi se va arunca asupra mea înainte de a se îndepărta în zbor. O să-mi scoată un ochi. Cum animalele astea sînt murdare, rana se va infecta, îmi voi pierde ochiul, poate voi face septicemie..."

„Dacă închid uşa asta cu cheia, ea se va bloca, nu voi mai putea să ies şi o să înnebunesc. Nimeni nu se va gîndi că sînt pe punctul să agonizez în această toaletă. O să mi se găsească doar cadavrul..."

„Dacă pun o întrebare, voi roşi şi toată lumea va remarca şi mă va considera inferior şi stupid. Voi fi, puţin cîte puţin, îndepărtat. Anturajul meu va rîde de mine şi mă va părăsi, voi sfîrşi singur şi abandonat de toţi..."

Aceste scenarii-catastrofă îi par foarte probabile unei persoane fobice, cu două consecinţe majore: favorizează evitările şi provoacă disperare. O foarte frumoasă evocare a unor asemenea anticipări catastrofale poate fi citită în romanul *Porumbelul*[84] de Patrick Suskind, care povesteşte o incredibilă istorie de fobie de păsări. Fiindcă nu mai îndrăznea să se întoarcă la el acasă de teamă să nu se trezească nas în nas cu nişte porumbei întîlniţi cu puţin înainte pe scară, eroul se proiectează dintr-odată într-un teribil scenariu-catastrofă al viitorului: „Ţi-ai pierdut oricum camera de multă vreme, este locuită de un porumbel, de o familie de porumbei care-ţi murdăreşte şi devastează camera, notele de plată ale hotelului ating sume enorme, te îmbeţi ca să uiţi de griji, bei din ce în ce mai mult, îţi bei economiile, devii definitiv sclavul sticlei, te îmbolnăveşti, urmează dizgraţia, sărăcia, decrepitudinea, eşti dat pe uşă afară de la ultima şi cea mai ieftină dintre pensiuni, nu mai ai un sfanţ, în faţa ta ai doar neantul, eşti în stradă, dormi şi locuieşti în stradă, îţi faci nevoile în stradă, este sfîrşitul, Jonathan, în mai puţin de un an acesta va fi sfîrşitul, vei fi un vagabond în zdrenţe culcat pe o bancă din scuar ca zdreanţa asta, de acolo, care este fratele tău..."

Puţine cărţi oferă o imagine atît de exactă şi tulburătoare a disproporţiei absurde, cel puţin văzută din exterior, între problema iniţială şi suferinţa provocată de o „simplă" fobie.

Confruntarea cu aceste scenarii-catastrofă, prin reflecţie şi mai ales prin acţiune, ceea ce terapeuţii psihologiei cognitive numesc „probe de realitate", constituie, evident, unul dintre fundamentele oricărei terapii a fobiilor.

Însă se întîmplă şi ca anumiţi pacienţi să nu simtă astfel de conţinuturi „mentalizate" ale fricilor lor: ei simt, pur şi simplu, o teamă devastatoare şi viscerală, fără să înţeleagă clar, cel puţin pe moment, ce anume le provoacă frică. Fobiile lor nu sînt mai puţin dureroase.

► Nu sînt sigur pe mine şi reacţiile mele îmi pot face un deserviciu: pericolul se găseşte în propria mea persoană

Am menţionat deja despre fenomenul fricii de frică, respectiv teama de a pierde controlul asupra propriei persoane sub influenţa spaimei. Spirala fricii de frică este destul de puternic indusă de „raţionamentul emoţional", care constă în a interpreta reacţiile fizice de teamă ca dovadă că există, într-adevăr, un pericol: „Dacă mă simt rău, asta este dovada că pericolul există acolo sau că va apărea". Dacă mă simt ridicol înseamnă că sînt ridicol." „Dacă inima mea bate aşa, sînt, probabil, pe punctul de a face un infarct..."

Astfel, plecînd de la o nelinişte moderată, fobicul se angrenează într-o spirală de interpretări eronate sau exagerate, bazate, în esenţă, pe o credinţă excesivă în senzaţiile sau intuiţiile proprii. Această confuzie între ceea ce simte o persoană fobică şi ceea ce este cu adevărat în joc ilustrează bine un alt paradox al fobiei:

proasta utilizare a unei reale sensibilităţi accentuate, care ne face să cedăm panicii în loc să ne orientăm spre strategii de adaptare la mediu.

►Nu sînt capabil: sentimentul de control e deficient

Persoanele fobice au frecvent convingerea că dispun de puţine resurse pentru a face faţă situaţiei.

Dacă nu pot evita situaţiile, vor avea, aşadar, tendinţa să devină dependente de soluţii externe, rarele dăţi în care vor îndrăzni să se confrunte: să fie mereu însoţite, să ţină în mînă telefonul mobil, medicamente în cazul în care...

Aşa se explică şi faptul că inspectează instantaneu toate posibilităţile de salvare în situaţiile angoasante: claustrofobul care intră într-un cinematograf inventariază ieşirile de urgenţă şi se aşază în apropierea lor; fobicul social care trebuie să ceară o informaţie unui vînzător stă ore întregi ca să verifice care este cel mai amabil şi să aleagă momentul potrivit, de teamă să nu fie repezit; cel cu fobie de păsări se ascunde în spatele unei persoane corpolente, pentru a traversa un loc frecventat de porumbei...

Una dintre pacientele mele cu fobie de avion, dar care era obligată să îl ia din cînd în cînd pentru a merge să-şi vadă familia în Africa de Nord, le întreba sistematic pe stewardese dacă din întîmplare nu exista un medic îmbarcat şi el în avion, sau, în lipsa acestuia, dacă putea fi aşezată alături de cineva căruia să-i placă să vorbească, fiindcă flecăritul o distrăgea de la fricile ei.

Aceste precauţii reprezintă, în realitate, o formă atenuată de evitări şi ridică probleme similare: te împiedică să verifici că pericolul nu există. Ele vor fi, aşadar, combătute treptat. Chiar dacă au avantajul relativ, în raport cu „adevăratele" evitări, de a permite un oarecare grad de confruntare.

►Teamă înainte, teamă în timp ce, teamă după:
teamă mereu....

Cu cît o fobie este mai severă şi mai complexă, cu atît va bîntui în permanenţă viaţa cotidiană a persoanei, chiar în afara momentelor de confruntare: o va simţi acut înainte, în timpul, după confruntări...

Frica pe care o simţim cu mult timp înainte atunci cînd ştim că va trebui să ne confruntăm este un fenomen clasic. Una dintre pacientele mele îmi spunea că memorase un adevărat calendar, în care figurau toate ieşirile ei şi „riscurile" pe care acestea le implicau în mintea ei: „În aceste cazuri, cu cincisprezece zile înainte, încep să nu mai dorm. Aşadar, de multe ori nu dorm bine..."

Această anxietate anticipatoare este bine cunoscută, dar mai rămîne de studiat un fenomen care mi se pare foarte important: analiza post confruntare. Se ştie de multă vreme că deprimaţii analizează mult şi că, în faţa unui eşec, ei tind să-şi amintească toate ratările anterioare, ceea ce le agravează şi mai mult dispoziţia tristă. Memoria fobicilor pare, şi ea, să se supună unor asemenea mecanisme[85,86]. Acest lucru este evident atunci cînd discutăm cu ei despre fricile lor: fobicii au stocuri aproape infinite de amintiri şi de poveşti „de vînătoare" care le confirmă temerile.

Secvenţele cronologice ale fricii excesive

Moment	Mecanism psihologic predominant	Consecinţe
Înainte de confruntare	Anticipez toate problemele posibile (scenarii-catastrofă).	Creşterea fricii anticipate (anxietate) şi a sentimentului de vulnerabilitate.
In timpul confruntării	Mă concentrez pe semnalele de pericol (externe sau interne) şi interpretez negativ elementele ambigue.	Creşterea fricii, diminuarea capacităţilor adaptative la situaţie.
După confruntare	Rememorez elementele angoasante sau depreciative din ceea ce s-a petrecut.	Ruşine, menţinerea unui sentiment de vulnerabilitate pentru viitoarele înfruntări.

5. Confruntaţi-vă urmînd regulile

„În metrou, să nu mă duc să mă chircesc într-un colţ, nici să rămîn întors cu faţa spre uşă, cu capul plecat. Ci să urc pe la capătul garniturii, s-o traversez cu capul sus, privind toţi pasagerii, ca şi cum aş căuta pe cineva. La staţia următoare să cobor, să urc în metroul următor şi să repet aceeaşi operaţiune. Şi tot aşa în cele treizeci de minute ale traseului meu, dimineaţa şi seara. Să fac la fel cînd călătoresc cu trenul: să-l traversez de la un capăt la celălalt, să urc în toate vagoanele, privind chipurile pasagerilor, ca şi cum aş căuta o cunoştinţă. Vara, de fiecare dată cînd trec prin faţa unei terase de cafenea, să mă opresc în faţa ei şi, acolo, să privesc pe toată lumea, ca şi cum aş căuta un prieten..."

Recomandăm asemenea exerciţii zilnice multora dintre pacienţii noştri care prezintă o fobie a privirii, despre care vom vorbi din nou în capitolul consacrat fricilor sociale.

Aceste exerciţii constituie prima şi principala necesitate a lucrului cu fobia proprie. Niciun progres nu se poate face fără o confruntare cu frica: este ceea ce în terapia comportamentală poartă numele de tehnici de expunere. Dacă suferiţi de fobie, probabil va trebui să le aplicaţi cu ajutorul unui terapeut: vom detalia mai departe modul în care ele sînt conduse în cadrul unei terapii. Deocamdată vă prezentăm bazele pe care trebuie să le cunoaşteţi şi să le respectaţi pentru a obţine ce-i mai bun. Veţi vedea, metoda nu este simplă decît în aparenţă: aceste confruntări trebuie să se supună unor reguli foarte precise pentru a fi eficace.

► De ce să ne confruntăm?

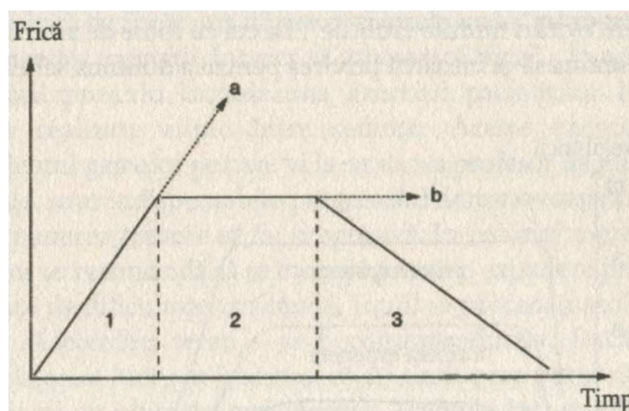
În romanul său, Falsificatorii de bani, Gide scria: „Experienţa este mai sigură ca un sfat". Pentru a vindeca o frică foarte mare, inteligenţa şi sfaturile bune nu vor fi suficiente: va trebui să coborîţi în arenă. Pentru a învăţa să reglaţi emoţiile legate de fobie în loc să suferiţi. Pentru a pune în practică noi modalităţi de a acţiona şi de a reacţiona înainte de a fugi. Pentru a vă forma noi moduri de a judeca şi de a percepe situaţiile în loc de a vedea mereu numai pericole, fără a verifica nici odată dacă pericolul respectiv va apărea cu adevărat.

Am văzut deja cum evitările cronicizează o fobie. Medicii au descoperit, cu mult timp în urmă, că anumiţi pacienţi, confruntîndu-se constant cu fricile lor, ajungeau să scape de ele. Încă de la începutul secolului, marele psiholog francez Pierre Janet a propus pacienţilor săi fobici strategii de confruntare progresivă destul de apropiate de actualele terapii comportamentale prin expunere[87]. Interesul de a nu mai fugi de factorul angoasant provine dintr-o oarecare logică, sesizată de anturajul fobicilor care îi bombardează pe aceştia din urmă cu sfaturi bune sau îi împinge, uneori cu fermitate, să se „arunce în apă". Este sesizată şi de pacienţii înşişi care au făcut cel mai adesea, însă în zadar, eforturi pentru a se confrunta. De ce aceste eforturi n-au funcţionat? Astfel de confruntări, spontane sau obligate, nu sînt întotdeauna productive, deoarece înfruntarea fricilor fobice trebuie să se supună cîtorva reguli destul de stricte pentru a fi eficientă în mod durabil.

► Reguli pentru a scăpa de fricile fobice

Pentru ca o confruntare să fie eficace asupra unei frici foarte mari, trebuie să urmăm cîteva reguli stricte.

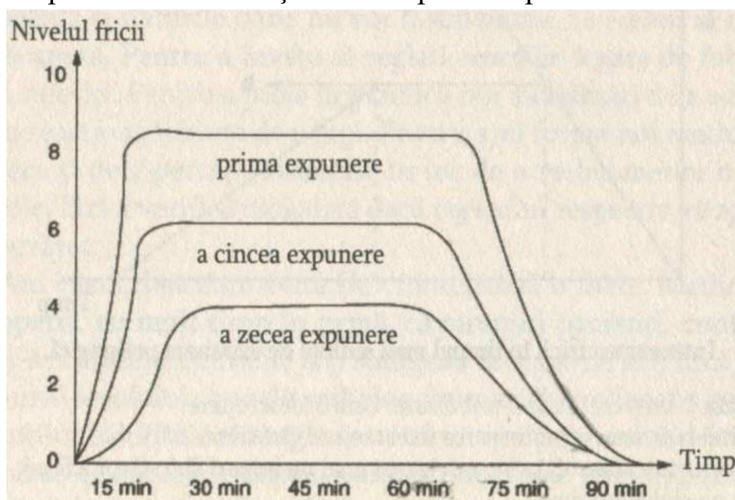
Expunerea trebuie să fie lungă: trebuie să rămînem în situaţia angoasantă suficient de mult timp pentru a vedea că teama noastră începe să scadă. În practică, se estimează că angoasa trebuie să se fi diminuat cu cel puţin 50% înainte ca un exerciţiu de confruntare să ia sfîrşit. Exerciţiile de expunere trebuie să dureze cel puţin



Intensitatea fricii în timpul unei şedinţe de expunere prelungită.
Faza 1: creştere. Faza 2: stabilizare: Faza 3: descreştere. Linii punctate: (a) anticiparea unei creşteri fără limite a fricii (scenariu-catastrofă); (b) anticiparea unei menţineri fără sfîrşit a fricii la nivelul ei maxim.

45 de minute. Le recomand pacienţilor mei, atunci cînd le efectuează singuri, să-şi rezerve întotdeauna o oră sau două. Este mult? Da, este mult. Dar gîndiţi-vă doar că fobia este o boală cu normă întreagă: dacă încercaţi să scăpaţi de ea într-o manieră diletantă şi parţial, şansele dumneavoastră de reuşită scad... Studiile experimentale despre desfăşurarea unei secvenţe de frică arată într-adevăr că, dacă persoana rămîne suficient de mult timp confruntată cu situaţia de care se teme, spaima ei se va diminua considerabil. Problema este că, în general, pacienţii nu se menţin în situaţia angoasantă, pentru că anticipează o escaladare a sentimentului de frică pînă la un nivel insuportabil sau periculos; sau că va rămîne la nivelul ei cel mai ridicat şi nu se va diminua nici odată. Prin urmare, ajung la concluzia că trebuie să fugă de situaţie, fizic sau mental, pentru a supravieţui. Aceste două anticipări sînt, desigur, eronate, însă atîta vreme cît pacientul nu va merge pînă la capăt pentru a le verifica, îndoiala va dăinui: „Dacă n-aş fi fugit, cu siguranţă, s-ar fi întîmplat o catastrofa".

Expunerea trebuie să £e completă: nu trebuie să existe, pe durata expunerii, evitări numite „subtile". La cei cu fobie de animale, asta poate însemna să-şi întoarcă privirea pentru a diminua sentimentul



Evoluţia nivelului fricii în timpul şedinţelor repetate de expunere

de frică. La panicarzi, să se sprijine pe o piesă de mobilier pentru a preveni apariţia unei nelinişti. La fobicii sociali, să vorbească mult ca să evite o tăcere şi să atragă toate privirile asupra lor. Există evident, o infinitate de variante. Fiecare persoană fobică trebuie să înveţe să repereze aceste mici trucaje inconştiente care riscă în caz contrar să altereze eficacitatea exerciţiilor.

Expunerile trebuie să fie repetate: pentru a trata eficient o frică excesivă, nu este suficient un singur exerciţiu, acesta trebuie reluat cu regularitate. Repetiţia este cea care va face ca, puţin cîte puţin, intensitatea şi durata fricii să scadă în mod durabil, pentru că eforturile dumneavoastră vor avea un impact biologic, prin intermediul neuroplasticităţii, această reconfigurare a sinapselor dumneavoastră cerebrale despre care am menţionat la începutul acestei cărţi. Pe măsura expunerilor, anxietatea va creşte mai puţin şi va dura mai puţin. Nu uitaţi: trebuie să vă învăţaţi treptat creierul emoţional că nu există nici un pericol, iar acest proces de învăţare, la fel ca toate celelalte, necesită repetiţii constante. În materie de fobie, o dată nu este nici odată

suficient. Trebuie să vă „uzaţi" reacţia condiţionată de frică; una dintre pacientele mele îmi spunea că, în cursul acestor exerciţii, încerca să „obosească frica"... În acest scop, terapeuţii prescriu întotdeauna exerciţii pacienţilor lor, care trebuie realizate zilnic între şedinţe. Aceste exerciţii sînt echivalentul gamelor pe care vi le-ar da un profesor de muzică. La fel ca ele, sînt indispensabile progresului dumneavoastră.

Expunerea trebuie să fie progresivă: în cea mai mare parte a cazurilor se recomandă să se înceapă printr-o expunere progresivă la situaţii de dificultate crescîndă. Inutil să procedaţi violent şi să simţiţi că pierdeţi teren - ar fi contraproductiv. Dacă vi s-ar întîmpla acest lucru ar însemna că aţi ţintit prea sus şi că trebuie să vă fixaţi un obiectiv mai modest. Trebuie, într-adevăr, să vă stabiliţi o listă de obiective, care vor reprezenta tot atîtea etape de depăşit succesiv. De exemplu, pentru cineva cu fobie de înălţimi: să se urce în picioare pe un scaun, apoi pe o masă, pe urmă să se caţăre pe o scară mică sau pe o schelă, să se aplece peste un balcon, peste o punte etc. Amintiţi-vă că fobia reprezintă un ansamblu de obiceiuri vechi, care nu se pot ataca dintr-odată. Aşa cum scria

Mark Twain, „nu scapi de un obicei aruncîndu-l pe fereastră, ci trebuie să-l faci să coboare scara treaptă cu treaptă..."

Iată ca exemplu lista de obiective stabilită cu una dintre pacientele mele acrofobe (fobia de înălţimi) în timpul unei terapii cu expunere gradată. Aceste exerciţii reluau în mare ce lucraserăm împreună în şedinţă, iar pacienta trebuia să le practice cu regularitate între şedinţe. Sînt clasate pe grad crescînd de dificultate:

● să privească în jos, în stradă, pe fereastra de la etajul al treilea, în fiecare dimineaţă şi seară, destul de mult timp, rămînînd aplecată deasupra golului pînă cînd senzaţia de disconfort dispare, şi nu să se retragă grăbită încă din primele secunde;

● să stea sus pe scara apartamentului ei şi să privească în jos casa scării, fără să se agaţe de bară, înainte de a coborî;

● în stradă, să se oprească pentru a privi monumente sau clădiri înalte, dîndu-şi capul pe spate; să rămînă în această poziţie chiar dacă apar senzaţii de vertij;

● să se urce în picioare pe un scaun fără să se ţină cu mîinile şi să rămînă mult timp cocoţată astfel;

● să se aplece peste balustrada balconului fără să se agaţe zdravăn cu mîinile;

● să urce pe o scăriţă pînă la ultima treaptă şi să nu se agaţe cu mîinile.

Pentru sfîrşitul acestei terapii, îi cerusem pacientei să sărbătorească evenimentul urcînd cu prietenul ei la ultimul etaj al Turnului Eiffel. Dar în acest caz, nu mai era vorba despre un exerciţiu constant, ci doar de un simbol al victoriei ei asupra fricii. Sau mai degrabă de un tratat de pace semnat cu ea însăşi. Şi asta pentru că ţelul acestor eforturi nu este să aservească teama aşa cum v-a aservit ea pe dumneavoastră, ci doar să trăiţi în bună înţelegere cu ea: teama vă poate face încă unele servicii. Însă trebuie supravegheată de aproape: are tendinţe dictatoriale din cauza caracterului ei cam primitiv...

6. Respectaţi-vă şi făceţi-i pe ceilalţi să vă respecte fricile

Eforturile de confruntare pe care tocmai le-am precizat sînt infinit mai subtile şi mai delicate decît am putea crede. Să ne vindecăm furia înseamnă deopotrivă să încercăm să trecem în forţă dincolo de fricile noastre şi să reconstruim, în timp, un raport diferit cu aceste frici alergice care sînt fricile fobice. Este un efort care necesită timp, ceea ce presupune să-i cunoaştem forţele, să ştim să ne menajăm şi, mai ales, să ne respectăm: să ne stimulăm fără să ne agresăm. Cuvîntul de ordine în materie de confruntare cu fricile proprii este să realizăm întotdeauna puţin mai mult comparativ cu ceea ce am fi făcut spontan, însă nu să ne uzăm în lupte epuizante. Şi să ne amintim că obiectivul nu este să devenim o persoană fără frică, ci o persoană care nu se lasă nici dirijată, nici copleşită de fricile ei.

Un alt sfat: pentru fobiile complexe, care au tendinţa să vă invadeze existenţa în toate aspectele ei, să vă scadă serios stima de sine şi să vă provoace stări depresive[88], nu vă mărginiţi la fobia dumneavoastră. Iată în legătură cu acest aspect ce le amintesc pacienţilor mei de la grupele noastre de terapie: „Nu sînteţi nişte fobici, şi sub nici o formă nu doar nişte fobici! Chiar dacă suferinţa tinde să vă facă să uitaţi orice altceva, ca în durerile cronice. Sînteţi, pur şi simplu, nişte persoane normale care suferă de fobie. Dar care au şi multe

alte caracteristici şi capacităţi". Nu vă ocupaţi numai de simptomele dumneavoastră, ci şi de persoana dumneavoastră!

Respectaţi-vă în primul rînd pe dumneavoastră. Astfel, îi veţi face şi pe alţii să vă respecte. Fără să fiţi nevoit, aşa cum cred mulţi fobici, să vă disimulaţi fricile. Agnes, una dintre pacientele mele cu fobie de apă, mi-a povestit într-o zi anecdota următoare... Fiindcă se temea să nu se înece de îndată ce nu mai simţea picioarele pe sol, am planificat împreună o serie de exerciţii la piscina aflată în vecinătatea ei: mai exact, să se îndepărteze unu sau doi metri de margine, de partea cea mai adîncă. Fiind curajoasă, însă nu temerară, ea i-a cerut totuşi instructorului de înot să nu o scape din ochi: „Puteţi să mă supravegheaţi un pic, vă rog? Mi-e frică atunci cînd nu mai simt picioarele pe sol". Instructorul de înot, simpatic, dar patern, a întrebat-o dacă ştia să înoate, ceea ce era cazul, apoi a adăugat logic: „Atunci, nu trebuie să vă fie frică!" La care Agnes, care avea limba ascuţită, a replicat: „Ascultaţi, nu de psiholog am nevoie, ci de un instructor de înot. Nu vă cer să mă îngrijiţi, ci să mă supravegheaţi dacă există pericolul să mă înec. V-aţi aruncat deja să salvaţi pe cineva? Foarte bine, atunci, plec de lîngă margine..." Şi şi-a efectuat exerciţiile sub privirea relaxată, însă mai atentă, a instructorului de înot...

Agnes are o relaţie simplă cu frica ei: credea că nu există ruşine dacă suferi de fobie, că putem cere ajutor fără să fim nevoiţi totuşi să suportăm atitudinile paterne din partea celor care oferă ajutor. Persoanele fobice se întreabă adesea dacă este un lucru bun să vorbească despre fricile lor. Dacă trebuie asumate sau disimulate. Ele se întreabă şi cum să vorbească despre fobia lor. În mod general, regula cea mai potrivită pare a fi cea care le simplifică viaţa: să vorbească limpede despre ele fără să se subestimeze.

Or multe persoane fobice au tendinţa să-şi ascundă fricile: pentru a evita o judecată morală, sfaturi inutile care au fost auzite de sute de ori şi inaplicabile în cazul lor, fiindcă se simt considerate inferioare din cauza incapacităţii lor de a-şi depăşi fricile şi au impresia că problema lor nu-i priveşte pe alţii. Cu toate astea, trebuie ştiut că ascunderea unui lucru reprezintă un surplus emoţional important. Un studiu de psihologie experimentală arăta că, atunci cînd cineva era sfătuit să evite să vorbească despre un subiect anume în timpul unei întîlniri, i se accentua foarte clar starea de tensiune şi de disconfort emoţional[89]. Aveţi deja nevoie de întreaga dumneavoastră energie ca să luptaţi şi să faceţi faţă: n-o irosiţi inutil ascunzînd cu orice preţ realitatea fricilor dumneavoastră.

Dar atunci, cum să vorbim despre fobia noastră? O putem face simplu, fără să ne poziţionăm neapărat nici într-un grav bolnav, nici în victimă. Interpretăm destul de des roluri reale sau imaginare cu pacienţii mei fobici, pentru a testa diferitele modalităţi posibile de a vorbi despre fricile lor, în funcţie de contexte şi de interlocutori.

În general, discursul care pare cel mai potrivit în aproape toate situaţiile se învîrte în jurul frazelor următoare: „Ştiu că asta poate părea un pic absurd sau uimitor, însă mă tem foarte tare de cutare şi cutare situaţie. Aceste frici sînt cu adevărat dificil de controlat, aproape la fel de mult ca o criză de astm sau de migrenă. Încerc să le înfrunt treptat, deoarece mă deranjează, însă deocamdată n-am ajuns să le controlez perfect. Aţi putea să mă ajutaţi făcînd asta..." O persoană fobică este pe deplin îndreptăţită să ceară altuia s-o respecte fără să se creadă terapeutul ei. Dacă vă este teamă de pisici sau de cîini, îi puteţi explica liniştit proprietarilor animalului. Dacă vă temeţi de călătoriile în avion, puteţi vorbi despre asta cu stewardesele. Dacă vă temeţi să vorbiţi în faţa unui public, nu ezitaţi s-o spuneţi, nu e nimic anormal: aproape 30% din populaţie suferă de aceeaşi problemă. Şi chiar dacă ar fi doar 1%, tot aţi avea dreptul s-o spuneţi! Însă nu abuzaţi de acest drept de a-i face pe ceilalţi să vă respecte fricile, nu trebuie să profitaţi de asta pentru a nu întreprinde nimic împotriva lor. Ţelul acestei sincerităţi faţă de anturaj este mai degrabă libertatea de a vă alege momentele în care să vă confruntaţi cu teama şi „doza" de frică pe care o veţi inocula atunci.

Îmi amintesc în legătură cu asta de una dintre pacientele mele fobică social care era inspector medical pentru un mare laborator farmaceutic. Se simţea în largul ei cînd întîlnea medicii, pentru că n-o angoasa peste măsură faptul că trebuia să facă faţă unei persoane pe rînd. În schimb, trebuia să participe în fiecare luni dimineaţă la o reuniune cu directorul ei regional şi cu o duzină dintre colegii săi. Aceste întîlniri o angoasau enorm. Nu lua nici odată cuvîntul în cadrul lor, se temea de momentele în care i se putea cere

părerea, ceea ce se întîmpla uneori. După un timp, a început să nu mai suporte stresul şi se pregătea să-şi dea demisia. În acel moment a venit să mă consulte.

Am încercat s-o conving să nu demisioneze din acest motiv, ceea ce ar fi fost o formă de supunere în faţa fobiei ei, mai ales că îşi iubea mult meseria şi obţinea rezultate bune. În timpul discuţiei, mi-a mărturisit că nu a îndrăznit nici odată să-i vorbească superiorului ei despre tracul său patologic. Am făcut, aşadar, un mic joc de roluri pentru a ne închipui diferitele posibilităţi de abordare a subiectului. Apoi ea i-a cerut directorului o întîlnire, în care i-a mărturisit fricile ei şi în care mai ales i-a explicat că motivul pentru care nu scotea o vorbă în timpul şedinţelor se datora mai mult fricilor ei decît lipsei de motivaţie pentru lucrul de grup. Spre marea ei surpriză, directorul său regional a primit cu bucurie mărturisirile ei şi a recunoscut că a avut, într-adevăr, unele îndoieli, însă a crezut că era agasată de munca în echipă. Şi i-a vorbit la rîndul lui despre propriile lui experienţe cu tracul...

7. Gîndiţi-vă la frica dumneavoastră, la trecutul ei, la funcţia ei... dar nu vă pierdeţi pe drum!

Multă vreme, soluţiile propuse de terapeuţi în materie de frici excesive erau mereu aceleaşi: „Ne vom gîndi la trecutul nostru". Pentru mulţi dintre pacienţii fobici pe care-i primeam la şedinţe, terapiile pe care le urmaseră înainte se rezumau adesea la „vorbeam despre copilăria mea". Cu beneficii limitate, în orice caz asupra fricilor.

Trecutul nostru este, evident, foarte important, şi pentru noi, şi pentru înţelegerea temerilor noastre. Însă există o bună utilizare a trecutului în materie de lucru asupra fobiei: este întotdeauna esenţial să ne gîndim la el şi totodată să nu-l aprofundăm, să nu ne înecăm sau să ne rătăcim în el...

► Trebuie să ne gîndim întotdeauna la istoria fricilor

În general, acest exerciţiu nu este suficient pentru a scăpa de ele. Însă vă poate învăţa mult despre greşelile care au condus la agravarea fricilor şi cum să nu le repetăm. Vă va ajuta şi să evitaţi să le transmiteţi copiilor voştri, prin educaţie sau prin observaţie. Lupta împotriva fricilor se cîştigă întotdeauna în prezent: cernerea minuţioasă a trecutului nu este nici odată soluţia pentru a scăpa de fobiile proprii. Asta nu înseamnă că trecutul trebuie ignorat. O reflectare asupra istoriei fobiei dumneavoastră este întotdeauna o etapă utilă. Deoarece v-ar permite să înţelegeţi cum a debutat şi cum apoi - inconştient - aţi dezvoltat-o şi menţinut-o. În acelaşi timp, trebuie ştiut că istoria pe care ne-o povestim despre propria noastră fobie este în permanenţă o reconstituire, nesigură şi aproximativă. Reprezintă un ansamblu de ipoteze explicative: în materie de fobii, precum şi în nenumărate alte lucruri, preferăm adesea să avem explicaţii simple şi coerente, în vreme ce realitatea este mereu mai complicată: am menţionat originile multiple ale fricilor în capitolul precedent.

►Există avantaje în a fi fobic?

Cînd eram tînăr psihiatru, mulţi dintre colegii mei mai mari erau mai interesaţi de cercetarea a ceea ce se numea „beneficiile secundare" ale fobiei decît de tratarea ei. Poate pentru că nu dispuneau de metode de tratament eficace? Şi erau, din cauza acestui fapt, mai mult martori decît actori ai evoluţiei fricilor pacienţilor lor?

Postulatul de bază al acestei ipoteze a beneficiilor secundare consta în a presupune că existau mai multe avantaje decît inconveniente în a fi fobic. Teama excesivă putea, de exemplu, permite unei persoane să fie supraprotejată sau să-şi pedepsească apropiaţii complicîndu-le viaţa. Potrivit acestui tip de teorie, femeile agorafobe puteau, ca urmare a fobiei lor, să aibă întotdeauna pe cineva gata să le însoţească peste tot şi să rămînă alături de ele. Sau chiar puteau să se sacrifice pe altarul agorafobiei, ceea ce le limita total autonomia, pentru a face - inconştient - pe placul unui soţ gelos...

Recursul sistematic la acest gen de teorii le-a desconsiderat. Era, fără îndoială, o greşeală să li se acorde atîta importanţă. Ar fi o altă greşeală să nu li se acorde niciuna. A fi fobic are uneori şi beneficii. Însă n-am întîlnit nici odată un pacient care nu le-ar fi schimbat bucuros ca să aibă parte de o vindecare veritabilă. Prudenţă, aşadar, cu terapeuţii obsedaţi exclusiv de aducerea la lumină a acestor cunoscute beneficii secundare.

►Au fricile un sens ascuns?

Pentru unii, fobiile noastre ar avea un sens: ele ar fi un mesaj al inconştientului nostru în legătură cu problemele nerezolvate din viaţa noastră. Aduce oarecum cu „interpretarea viselor", în care un anume vis ar avea o anume semnificaţie. Pentru vise s-a demonstrat că viziunea aceasta era eronată - acelaşi lucru este valabil şi pentru fobii. Şi în acest caz, psihologia a abuzat mult de acest tip de gîndire, substituind-o unor demersuri mai eficace.

Derivele psihanalizei lacaniene şi moda jocurilor de cuvinte pe post de reflecţie psihopatologică au adus numeroase perle micii lumi a psihologiei[90]. Din păcate, mulţi fobici au fost victimele lor, uneori timp de ani întregi petrecuţi pe canapea.

Îmi amintesc de o pacientă care prezenta o teamă de sufocare: un psihanalist cu care a lucrat cîţiva ani a asigurat-o că fobia ei provenea din faptul că avusese o experienţă „greu de înghiţit". Să specificăm că el nu îşi asuma astfel niciun risc făcînd această afirmaţie: ce fiinţă umană n-a cunoscut situaţii „greu de înghiţit"? Însă pacienta a mers în zadar pe această pistă, fără a-şi ameliora situaţia.

Iată o altă istorisire, relatată de prietenul meu, psihologul Jacques Van Rillaer[91]: „Pe vremea cînd lucram într-un centru de psihologie clinică specializată în psihanaliză, o studentă a venit să- l consulte pe unul dintre colegii mei în speranţa de a-şi vindeca teama de examene. Încă de la prima şedinţă, psihanalistul a explicat această teamă prin masturbare. Argumentul lui consta într-o frază: «Teama de examene este teama de masturbare». Nu ştiu dacă interpretarea aceasta strălucită i-a permis pacientei să se masturbeze fără vinovăţie şi «deci» să-şi obţină diploma..."

Una dintre prietenele mele, care suferea de o teamă incontrolabilă de păianjeni, a auzit spunîndu-i-se de către un terapeut că fobia ei nu era decît o reprezentare a angoasei sale în faţa sexului masculin: negru şi păros...

Am primit recent la consultaţie o tînără care prezenta o teamă fobică de a nu face pe ea într-un loc public, teamă frecventă în anumite fobii sociale severe. Şi ea a avut parte de interpretări sălbatice, încă de la a doua (şi ultima!) şedinţă la un psihiatru care a apostrofat-o: „Vă dispreţuiţi atît de mult încît să ajungeţi să vă scăpaţi pe dumneavoastră?" Efectul terapeutic a fost zero. În schimb, femeia a refuzat apoi să se mai consulte timp de zece ani, convinsă că toţi psihoterapeuţii semănau cu acel practician. Ceea ce este, din fericire, fals, atît la psihanaliştii serioşi, cît şi în alte şcoli de psihoterapie.

Această viziune a fobiei ca ilustrare a unui conflict intrapsihic reprezintă unul dintre stîlpii teoriei psihanalitice. Deşi puţin operaţională în terapie, dimensiunea ei poetică şi misterioasă a contribuit în mare măsură la enormul ei succes în rîndul numeroşilor scriitori, al căror talent le-a permis apoi s-o popularizeze. Astfel, în nuvela Frica, scriitorul austriac Ştefan Zweig, profund influenţat de teoriile psihanalitice, descrie angoasele fobice ale lui Irene Wagner, o frumoasă burgheză care se refugiază în adulter[92]: ‚Atunci cînd Irene, ieşind din apartamentul amantului ei, coborî scara, din nou o teamă subită şi iraţională puse stăpînire pe ea. Văzu negru în faţa ochilor, genunchii i se anchilozară şi simţi nevoia să se agaţe repede de bară, ca să nu cadă brusc cu capul înainte... Afară o aştepta deja frica, nerăbdătoare s-o împungă şi care-i apăsa atît de tare inima, încît încă de la primele trepte simţea că nu mai avea aer... Crezi... că este... întotdeauna teama... cea care opreşte oamenii? N-ar fi uneori... ruşinea... ruşinea de a-şi deschide inima... de a o dezgoli în faţa întregii lumi?" Vinovăţia lui Irene era, în opinia lui Zweig, sursa tulburărilor ei fobice.

Este posibil, şi în acest caz, ca abordarea aceasta să poată fie validă. Dar nici pe departe întotdeauna. Problema este că, dacă începem să cercetăm cauzele conflictelor intrapsihice, vom găsi rapid cu zecile. Pe de altă parte, aceste conflicte pot juca un rol nespecific, ca factor global al stresului, fără să fie neapărat nevoie să le atribuim un simbolism oarecare. Dacă o persoană fobică trece prin dificultăţi conjugale sau sexuale, nimic nu dovedeşte că impedimentele în speţă ar sta la originea fricilor ei; în schimb, este clar că le vor agrava.

8. Aveţi grijă de dumneavoastră: frici, fobii şi igienă de viaţă

Iată un ansamblu de mici sfaturi cu eficacitate modestă: nici cu adevărat suficiente, nici neapărat necesare, toate aceste mici detalii sînt, pur şi simplu, utile. Asemenea unei ţesături, un singur fir nu este

îndeajuns pentru a produce un efect notabil, însă lipite unele de altele, ele se pot dovedi eficace. Principiul este simplu: tot ce este bun pentru sănătatea dumneavoastră este bun şi pentru fobia de care suferiţi...

► **Exerciţiu fizic**

Orice exerciţiu fizic este benefic persoanelor care suferă de frici foarte mari.

În primul rînd, din motive generale: exerciţiul fizic practicat cu regularitate creşte starea de bine[93].

Apoi, pentru un efect favorabil al activităţii fizice asupra dispoziţiei: se ştie că exerciţiul ridică uşor nivelul mediu al moralului nostru[94]. Mai ales cînd activitatea fizică este repetată în mod regulat. Nu trebuie să ne aşteptăm la niciun miracol, ci s-o înţelegem ca o investiţie pe termen lung.

În sfîrşit, pentru un efect specific asupra sensibilităţii sporite anxioase, această „frică de frică" de care am vorbit[95]. Exerciţiul fizic reproduce în parte senzaţiile fiziologice legate de frică, precum accelerarea ritmului cardiac, hiperventilaţia, transpiraţia etc. Familiarizarea cu aceste senzaţii ne ajută să nu mai reacţionăm exagerat la apariţia aceloraşi fenomene în situaţiile angoasante. La persoanele suferind de o fobie în privinţa senzaţiilor lor fiziologice, cum este cazul în tulburarea de panică, vor fi necesare exerciţii destul de intense. Dar tot la aceste persoane vor fi cel mai dificil de realizat, de teamă să nu se declanşeze o durere. Terapeutul trebuie uneori să se transforme în profesor de sport: eu fac adesea mici alergări cu pacienţii mei, sărituri cu coarda (excelent mijloc de accelerare a ritmului cardiac, după cum o ştiu bine boxerii) sau îi trimit să urce în fugă cele cinci etaje ale imobilului care ne adăposteşte biroul. Uneori se întîlnesc pe scară cu confraţii mei, pe care nu-i mai miră nimic din partea micului nostru grup de comportamentalişti...

Doza de exerciţii dorită echivalează cu o jumătate de oră de mers, de trei ori pe săptămînă, într-un ritm cît mai rapid posibil. Luaţi-vă bascheţii!

► **Alimentaţie**

Nu există pînă în ziua de azi regim alimentar antifobie. Dacă efectul asupra reglării emoţionale al cunoscuţilor acizi graşi omega-396 se confirmă în studiile viitoare, atunci ne putem aştepta, în mod justificat, la o eficacitate a lor asupra dereglărilor emoţionale foarte prezente în fricile excesive. Însă în prezent este prematur să susţinem această teorie. Să amintim faptul că acizii omega-3, pe care corpul nostru nu ştie să-i sintetizeze, precum vitaminele, se regăsesc în alimente precum peştele gras (macrou, sardine, somon, ton), nucile, uleiul de rapiţă, anumite vegetale ca iarba grasă ori spanacul etc.

Ştim, în schimb, că există alimente sau mai degrabă „toxine" ce trebuie evitate. Unele sînt în mod clar anxiogene: este cazul cafelei, care, se ştie, creşte sensibilitatea la frică. Dacă aţi consumat multă cafea, veţi simţi puseuri de frică mai violente şi mai dificil de controlat. În doze mari, cafeina induce, de altfel, o dependenţă şi menţine o stare de tensiune. În practică, persoanele cu fobii severe o evită, deoarece nu suportă senzaţia de tensiune fizică pe care o induce cafeaua. Însă mulţi alţii o consumă în exces, ceea ce le agravează starea emoţională...

Alcoolul şi canabisul sînt şi ele adesea utilizate de pacienţi pentru a încerca să-şi regleze fricile. Cele două vor calma tensiunea psihică, însă cu preţul importantelor efecte dăunătoare, printre care o dependenţă importantă şi rapidă. Şi în acest caz, alături de cei care, de exemplu, consumă medicamente în exces, unii pacienţi nu suportă sentimentul de pierdere a controlului, care poate decurge din consumul de alcool sau de haşiş, şi le evită. Ceea ce confirmă, într-adevăr, că fiecare frică se supune în parte legilor sale biologice şi psihologice proprii.

În ceea ce priveşte tutunul, fenomenul este şi în acest caz dublu: pacienţii au adesea impresia că fumatul îi calmează pe termen scurt, dar în realitate se crede că tutunul este un factor destabilizator pe termen lung. Studiile disponibile arată, într-adevăr, că numeroşi fumători prezintă tulburări fobice. Tutunul pare să-i ajute să-şi regleze dispoziţia. Însă cele două inconveniente sînt sporirea anxietăţii şi efectele agravante ale sevrajului: nervozitatea şi insomnia, din cauza cărora adesea pacientul „recidivează".

Este inutil, aşadar, să vă învinovăţiţi dacă aveţi probleme consumînd aceste produse, dar recomandarea este să căutaţi ajutor la un terapeut obişnuit cu aceste dependenţe, pentru a vă explica etapele de urmat[97].

► **Stresul agravează fricile**

Toţi pacienţii fobici ştiu foarte bine că există „zile cu şi zile fără". Zile în care, în mod bizar, fricile sînt mai puţin apăsătoare. Şi altele în care îşi dublează intensitatea. Una dintre explicaţiile acestor fluctuaţii este adesea nivelul global al stresului. Cu cît veţi fi mai stresat în viaţa de toate zilele, cu atît mai supărător se va manifesta fobia dumneavoastră.

Se ştie că prin activarea sistemului nervos simpatic, care este una dintre componentele stresului, se facilitează în mod clar condiţionările anxioase: dacă sîntem deja stresaţi din alte motive, o experienţă neplăcută va lăsa urmele cele mai profunde şi mai durabile. Mulţi dintre pacienţii panicarzi povestesc astfel că, înaintea primului lor atac de panică, de care îşi amintesc, în general, cu o foarte mare precizie, deoarece pentru ei reprezintă o amintire traumatică, au traversat perioade de stres existenţial importante, de rupturi reale sau simbolice, de schimbări variate[98]. Aşadar, cu cît veţi fi mai tensionat, cu atît ocaziile de a vă fi frică se vor transforma în experienţe emoţionale neplăcute şi vor lăsa urme durabile şi dureroase. Este unul dintre motivele eficacităţii - indirecte - a gestionării stresului la persoanele fobice.

9. Învăţaţi să vă relaxaţi şi să meditaţi

Fobiile sînt boli psihosomatice în sensul de bază al cuvîntului: multe dintre simptomele lor se exprimă prin intermediul corpului. Iar aceste manifestări somatice dezvoltă şi agravează la rîndul lor fenomenele psihologice. De unde şi interesul de a întrerupe acest cerc vicios...

► De ce şi cum să ne relaxăm?

Persoanele fobice au tendinţa de a se afla prea des sub o mare tensiune psihologică şi fizică". Prin exerciţiile de relaxare pot să-şi „întărească" sistemul emoţional „de frînare" care reprezintă sistemul nervos parasimpatic, deoarece tensiunea fizică depinde de activarea sistemului simpatic, opusul lui fiind cel parasimpatic. Relaxarea activează sistemul parasimpatic, cel care facilitează încetinirea ritmului cardiac, destinderea muşchilor şi alte manifestări opuse celor care declanşează frica.

Relaxarea este, aşadar, foarte utilă. Însă ea nu poate reprezenta singurul demers terapeutic: tratarea unei fobii doar prin relaxare ar fi insuficientă. Relaxarea este mai degrabă un instrument de calitate a vieţii, de reglare emoţională, o formă de investiţie pe termen lung, decît o metodă menită să contracareze accesele de frică.

Relaxarea se poate practica la diferite niveluri de complexitate[1] .

La un prim nivel, ea poate consta într-o simplă conştientizare a senzaţiilor corporale şi în cîteva exerciţii de relaxare simple (respiraţie amplă şi calmă, poziţie confortabilă) efectuate cît mai des posibil, şi în situaţii reale, pentru a scădea nivelul mediu de tensiune anxioasă. Este ceea ce poartă numele de „minirelaxări"100.

La un nivel mai perfecţionat, ea poate propune cîteva exerciţii complexe, pentru a învăţa ce este relaxarea fizică şi a stabili, treptat, nişte automatisme: cu cît mă voi relaxa mai des, cu atît îmi va fi mai uşor să-mi induc stări de relaxare. Într-adevăr, memoria corpului circulă, din fericire, în ambele sensuri, chiar dacă, din păcate, este mai uşor şi natural să ne crispăm decît să ne destindem. Se impune mereu prioritatea naturală faţă de reflexele care favorizează supravieţuirea în raport cu cele care privilegiază calitatea vieţii...

Scăzînd nivelul mediu al tonusului său simpatic, persoana fobică poate spera să se îndepărteze de zona periculoasă, în care nivelul ridicat al tensiunilor fizice înlesneşte declanşarea brutală a crizelor de angoasă.

Atenţie: relaxarea nu are drept scop dispariţia totală a senzaţiei de anxietate. Recurenţa fricii nu trebuie percepută ca o dovadă a eşecului sau a inutilităţii relaxării. În esenţă, trebuie să consideraţi relaxarea mai degrabă ca un instrument global de calitate a vieţii decît ca un demers terapeutic.

► Poate fi utilă meditaţia în cazul fricilor excesive?

Tehnicile de meditaţie, introduse recent în cîmpul tulburărilor fobice, cunosc o oarecare vogă. Beneficiile lor asupra stării de bine fiziologice globale sînt demonstrate[101]. În domeniul fobiilor şi al tulburărilor anxioase în general, este vorba, probabil, despre un domeniu promiţător, însă nu există încă certitudini în privinţa eficacităţii lor terapeutice exacte[102]. Meditaţia, mai ales sub forma de „conştientizarea prezentului" (în engleză: mindfulness), constă în a antrena treptat conştiinţa să rămînă într-o stare de

---

[1] Veţi găsi propuneri de exerciţii de relaxare şi de meditaţie la sfârşitul lucrării (n.a.).

acceptare calmă a ceea ce ne înconjoară (de exemplu, zgomotele din jurul nostru) şi a ceea ce simţim (de pildă, gîndurile noastre, emoţii şi senzaţii).

Sarcina este, aşadar, de două ori mai dificilă pentru persoanele fobice, care sînt, de obicei, în stare de vigilenţă şi de luptă în raport cu mediul, gîndurile şi senzaţiile lor fizice. Pentru ele, beneficiile meditaţiei s-ar putea situa pe trei niveluri.

Primul ar fi cel al unui efect care facilitează relaxarea: multe persoane anxioase nu se pot relaxa uşor, deoarece sînt prea receptive la cel mai mic factor perturbator, la cea mai mică solicitare a atenţiei lor. Nu reuşesc să se detensioneze decît într-un mediu calm, fără zgomot în jurul lor... Or aceste condiţii sînt rareori îndeplinite în existenţa cotidiană. A învăţa să se relaxeze în ciuda zgomotelor exterioare („Ah! Motoarele astea de maşini") sau a gîndurilor inutile („Cînd mă gîndesc la tot ce am de făcut după şedinţa mea de relaxare...") este, prin urmare, preţios pentru fobici.

Un al doilea beneficiu care poate fi extras din acest efort se referă la atenţia vigilentă şi în acelaşi timp dispersată a persoanelor fobice. Am scris deja pînă în ce punct fricile fobice erau adesea asociate cu tulburări de atenţie, mai mult sau mai puţin importante, în funcţie de persoane. Cei mai mulţi fobici au, în general, dificultăţi în fixarea atenţiei: în realitate, aceasta este de obicei consacrată supravegherii neliniştite mai degrabă decît observaţiei relaxate. Fobicii se chinuie să-şi abandoneze reflexul lor de supraveghere a mediului. Paradoxul este că, odată ce depistează ceea ce-i înspăimîntă, le este foarte greu să-şi fixeze atenţia asupra obiectului acestei frici, printr-un reflex de evitare. Ceea ce este totuşi singurul mijloc de a se obişnui cu el puţin cîte puţin. Şedinţele de meditaţie pot reprezenta astfel un soi de antrenament pentru a stăpîni mai bine procesele atenţionale, în scopul de a înlesni confruntările cu imagini, gînduri sau senzaţii neliniştitoare.

În sfîrşit, metodele de meditaţie pot avea şi un alt beneficiu psihologic: dezvoltarea însuşirilor de acceptare a stărilor emoţionale negative. Este, de exemplu, unul dintre scopurile meditaţiei budiste[103]. De unde şi utilizarea ei de către anumiţi terapeuţi, mai ales în prevenţia recidivelor depresive[104], dar şi, de puţin timp, în abordarea psihoterapeutică a diferitelor probleme legate de frică şi de anxietate[105]. Pentru persoanele fobice, exerciţiile constau în a lăsa să apară, apoi să accepte senzaţiile, gîndurile, emoţiile, imaginile neplăcute care pot surveni, fără să caute pe moment să le respingă sau să le discute. E corect să ne spunem: „Ce mă înspăimîntă se poate întîmpla. Nu s-a întîmplat, poate nu se va întîmpla nici odată, dar în acelaşi timp se poate întîmpla. Trebuie să învăţ, puţin cîte puţin, să suport aceste imagini sau aceste idei. Şi să acţionez pe cît e necesar pentru a împiedica apariţia catastrofelor de care mă tem. Însă neliniştea mea nu va folosi la nimic. Ea nu va modifica evoluţia lucrurilor. Acţiunile mele sînt cele care vor aduce transformarea dorită..." Cu pacienţii mei, utilizăm adesea în aceste momente imaginea dopului din plută ajuns în ocean: valurile de frică îl fac să urce, să coboare, dar va continua să plutească. Şi asta chiar dacă valurile sînt enorme. Este suficient să le lăsăm să treacă...

10. Menţineţi-vă eforturile în timp

Putem, într-adevăr, să ne vindecăm de o fobie? Putem într-o zi să ne trezim definitiv scăpaţi de fricile noastre? Sau trebuie să acceptăm un mic fond de tendinţe fobice? Aceasta este, de fapt, problema definiţiei vindecării unei fobii, pe care o vom aborda în capitolul următor.

Se pare că, în realitate, rămînem întotdeauna, dintr-un anumit punct de vedere, un „vechi fobic". Experienţa fricii foarte mari se întinde, în general, pe mai mulţi ani de viaţă şi reprezintă o părticică din sinele nostru pe care n-o putem şterge. Pe de altă parte, vulnerabilităţile emoţionale care au stat la originea ei rămîn cel mai adesea neschimbate. Însă nu acest lucru este cel mai important, ci acela că, dacă am ştiut să depăşim fobia o dată, e ca mersul pe bicicletă, nu se uită. Şi se uită cu atît mai puţin cu cît vom continua să mergem pe bicicletă cu regularitate...

Feedbackul pe care-l avem de la foştii noştri pacienţi fobici arată că aproape toţi sînt mai bine protejaţi de recurenţa fricilor patologice dacă-şi continuă toate eforturile despre care tocmai am precizat. Le va fi cu atît mai uşor cu cît, în timp, ceea ce era efort tinde să devină treptat automatism şi stil de viaţă.

Continuarea exerciţiilor de expunere la frică sub forma unui soi de „gimnastică psihoemoţională" reprezintă metoda cea mai eficace. Ne încurajăm astfel pacienţii să practice cu perseverenţă confruntarea cu

„fricile lor preferate". De exemplu, pentru fobicii sociali, să joace teatru după sfîrşitul terapiei sau să se înscrie într-un club sau o asociaţie, unde vor avea ocazia să ia adesea cuvîntul în faţa unui grup. Pentru persoanele care suferă de tulburare de panică, să continue să se integreze într-o masă de oameni, de exemplu, făcîndu-şi din cînd în cînd cumpărăturile sîmbăta şi participînd la tîrguri în fiecare an. Pentru cei cu fobie de porumbei, să se forţeze să le dea de mîncare în pieţe...

Aceste „imunizări" par să joace un rol important pentru menţinerea progreselor realizate şi să reprezinte o foarte bună armă împotriva recidivei. Ele consolidează mecanismele naturale de cicatrizare a fricilor fobice. Fiindcă, în fond, scopul tuturor acestor eforturi este de a lăsa experienţele de viaţă să ne îmbogăţească, şi nu să ne fragilizeze. Destinul „normal" al unei frici nejustificate (nu vorbesc aici despre fricile stîrnite de un pericol obiectiv şi imediat) este să dispară. Chiar dacă una sau mai multe experienţe ne-au marcat în mod dureros, conştientizarea că, în timpul confruntărilor ulterioare, pericolul temut nu apare, trebuie, puţin cîte puţin, să ne vindece. Acesta este motivul pentru care, plecînd de la o muşcătură de cîine, majoritatea persoanelor nu capătă fobie de cîini. Or mecanismele acestor frici patologice care sînt fobiile nu permit tocmai această cicatrizare psihologică. Este obiectivul eforturilor pe care tocmai le-am descris.

Astfel, foştii noştri pacienţi - foşti fobici - sînt din ce în ce mai puternici în faţa recurenţei fricii. Unul dintre ei, eliberat de o tulburare de panică severă, revenea în fiecare an să mă vadă pentru o întîlnire anuală, ritual devenit tot mai inutil datorită progreselor lui, dar care-i dădea o stare de siguranţă. Îşi comparase într-o zi munca făcută în terapie cu construcţia unui imobil antiseismic: „Altădată, mă prăbuşeam sub loviturile atacurilor de panică. Acum, am impresia că m-am reconstruit ca un imobil capabil să reziste la cutremurele de pămînt. Asta mi s-a întîmplat de mai multe ori. După cum mi-aţi recomandat, continui constant să mă testez în faţa mai tuturor situaţiilor de care mă temeam. Văd că rezist. Aşadar, nu-mi mai este frică. Am decis să nu-mi mai fie frică anticipat. Să nu mai trăiesc sub ameninţarea unei recidive. Şi să profit de viaţă..."

CAPITOLUL 5

Tot ce trebuie să ştiţi despre tratamentul fobiilor

Ce semnifică să-ţi vindeci fricile?

Să te vindeci înseamnă să-ţi regăseşti libertatea mişcărilor, şi nu să te adaptezi fricilor excesive sau să te obişnuieşti cu tirania lor.

Mai exprimă şi să fi învăţat să le faci faţă pe viitor. Fiindcă fricile foarte mari au memorie lungă şi caută adesea să revină.

Ele nu sînt fenomene imateriale: se cuibăresc în adîncul creierului nostru. De aceea, orice tratament trebuie să ia în calcul dimensiunea biologică a fricilor excesive.

Medicamentele ştiu s-o facă, desigur. Însă incredibila descoperire a acestor ultimi ani este că psihoterapiile sînt şi ele capabile de acelaşi lucru: eforturile noastre ne pot modifica arhitectura creierului. Asta se cheamă neuroplasticitate. Este tratamentul cel mai ecologic pe care ni-l putem imagina împotriva fricilor foarte mari. Şi este o foarte bună veste pentru persoanele a căror viaţă este deteriorată de frică...

„Ştiinţa care instruieşte şi medicina care vindecă sînt slujitoare foarte bune,
fără îndoială; însă ştiinţa care înşală şi medicina care ucide sînt rele.
Învăţaţi-ne, aşadar, să le distingem."
Jean-Jacques ROUSSEAU, Emile, I

Dacă suferiţi de frici severe, veţi avea, probabil, nevoie să recurgeţi la ajutorul unui terapeut. În mod paradoxal, vă veţi confrunta cu noi probleme. Cum să găsiţi cea mai bună terapie şi cel mai bun terapeut?

Să ne imaginăm că aveţi probleme cardiace: veţi căuta în acest caz părerea a zece cardiologi şi, mai mult ca sigur, cele mai multe dintre aceste păreri vor fi apropiate, precum şi propunerile de tratament asociate. Dar dacă, din cauza dificultăţilor psihologice, consultaţi zece psihiatri, psihologi sau psihoterapeuţi, ştiinţa se complică. Probabil, veţi ieşi din zece întîlniri cu zece păreri diferite şi o mare varietate de propuneri terapeutice.

Optimiştii vor spune că varietatea aceasta reprezintă o şansă: e mai bine să avem mai multe metode de vindecare decît una singură. Pesimiştii vor sublinia că asta pune numeroase probleme.

Prima dintre ele este că pacienţii se simt adesea pierduţi într-un asemenea peisaj, alcătuit din oferte de terapii variate şi avînd o logică total imprevizibilă. Se vor şi întreba, pe drept cuvînt, dacă abordările respective au aceeaşi dificultate. În plus, numeroşi oponenţi ai psihologiei se sprijină pe această relaxare artistică pentru a concluziona că ea nu poate, în mod clar, să fie considerată ca o disciplină ştiinţifică fiabilă. Pentru a completa imaginea, să notăm că mulţi dintre terapeuţi agravează cu bucurie această dezordine, comportîndu-se chiar ei în mod iresponsabil: îşi prezintă adesea metoda ca singura capabilă de a vindeca, toate celelalte fiind ineficace sau toxice. Această atitudine se datorează pregătirii lor: în facultăţile de psihologie, unii profesori îşi îndoctrinează studenţii să nu-şi dezvolte toleranţa şi receptivitatea. Şi, de asemenea, unei greşeli de perspectivă: atunci cînd eşti terapeut într-o şcoală, nu primeşti decît eşecurile altor şcoli. Un psihoterapeut comportamentalist primeşte pacienţi la care psihanaliza n-a dat rezultate; întrucît cei care s-au simţit mai bine nu vin să-l vadă...

Dar să revenim la problema esenţială: persoanele care suferă de frici foarte mari. Aşteptarea lor este simplă: să se vindece. Însă definiţia a ceea ce este o vindecare în psihologie nu este întotdeauna chiar simplă...

Ne putem vindeca de o fobie?

Să vindeci pe cineva nu înseamnă doar să ajuţi la atenuarea acestor simptome sau chiar la suprimarea lor, ci şi să fi învăţat Persoana respectivă să le facă faţă dacă apar din nou.

Din cauza rădăcinilor psihologice, fobia este o formă de vulnerabilitate cronică, al cărei tratament presupune un întreg proces de

învăţare destinat să sugrume fricile pe care le generează. Aceasta influenţează, aşadar, modul în care vom defini ce semnifică vindecarea unei fobii.

Să te vindeci înseamnă să vezi mai întîi diminuarea sau dispariţia simptomelor

Vindecarea unei fobii presupune diminuarea simptomelor, atît ca număr, cît şi ca intensitate. Printre aceste simptome, cele mai neplăcute, cele pentru care pacienţii vin să se consulte şi de care vor să scape, sînt manifestările emoţionale (teamă şi uneori ruşine) şi manifestările comportamentale (evitări).

De exemplu, să te vindeci de o fobie de porumbei înseamnă să nu-ţi mai fie frică de porumbei sau să nu mai ai decît o teamă moderată, care nu implică nici evitări: „nu mai fac ocoluri lungi ca să nu fie nevoie să traversez scuarul", nici incapacitatea de a face faţă: „dacă un porumbel mai curajos ca alţii se apropie prea mult de mine sau de copilul meu în lădiţa cu nisip, sînt în stare să-l alung fără să tremur de spaimă".

Însă o altă întrebare se ridică numaidecît: trebuie să dispară total simptomele de frică? Oare vindecarea de o fobie semnifică să nu mai fim nici odată expuşi riscului de a simţi frica?

Nu, scopul unei terapii este ca frica să rămînă moderată în intensitatea ei: obiectiv cantitativ; însă mai ales să poată fi depăşită: obiectiv calitativ. Problema fobiilor nu este doar frica în sine, ci incapacitatea de a o controla. Este vulnerabilitatea la frică.

►Să te vindeci înseamnă şi să înveţi să faci faţă propriilor frici

De aceea, al doilea criteriu indispensabil pentru a vorbi despre vindecare este capacitatea de a face faţă recurenţei fricii. Această recidivă este adesea un factor de descurajare a pacienţilor: după ce au făcut progrese, se trezesc confruntaţi cu un nou atac al fricii, care-i poate pune din nou pe fugă. Este o recidivă? Sau dovada că eforturile lor n-au folosit la nimic? Nu, este, pur şi simplu, procesul normal de vindecare: teama nu dispare într-o singură etapă, vor exista noi accese, dar care, puţin cîte puţin, vor fi mai rare, mai puţin intense, mai puţin destabilizante.

De exemplu, în cazurile de atacuri de panică, adesea asociate cu agorafobia, a te vindeca înseamnă a nu le mai resimţi. Însă înaintea acestei etape, trebuie să ştii cum să le stopezi foarte repede dacă unul dintre ele apare din nou, cum ar fi cazul perioadelor de viaţă obositoare sau stresante. În faţa recurenţei fricii, pacienţii sînt capabili să nu înnebunească şi să facă ce trebuie pentru a limita escaladarea fricii şi a împiedica transformarea ei într-un atac de panică.

Asta presupune ca persoana să fi luat parte activă la ameliorarea ei, să fi înţeles mecanismele fricii şi să fi experimentat deja pe teren, cu ajutorul terapeutului, în ce mod se poate lupta împotriva unei creşteri a angoasei. De aceea, vom vedea că simpla administrare de medicamente sau remisiile spontane rare, dar posibile, pot favoriza unele remisii (diminuarea simptomelor), dar nu autentice vindecări, conform criteriilor noastre.

► De ce criterii dispunem pentru a ne vindeca?

Există mai multe căi de vindecare, ceea ce nu este uimitor, avînd în vedere complexitatea mecanismelor fobiilor. Probabil că fiecare metodă de terapie este capabilă să vindece pacienţi fobici. Există şi persoanele fobice care nu au apelat la ajutorul terapeuţilor şi care s-au vindecat prin demersuri personale.

Dar, în orice caz, persoanele fobice au dreptul să afle ce metodă de vindecare este mai funcţională sau folosită cel mai des, adică ce ar trebui încercat în primul rînd.

Trebuie, prin urmare, efectuate studii de evaluare care să răspundă la întrebările pe care toţi pacienţii sînt îndreptăţiţi să le pună.

Pentru medicamente, aceste întrebări sînt, cel mai des: care vor fi efectele acestei molecule asupra diferitelor manifestări ale fobiei? Voi fi doar calmat(ă)? Sau voi şi putea înfrunta situaţiile care mă înspăimîntă atît de tare astăzi? Voi simţi efecte neplăcute? Va exista o menţinere a progreselor mele după ce nu voi mai lua medicamentul? Legislaţia impune în prezent oricărui fabricant de medicamente care se adresează fobiilor severe să răspundă la aceste întrebări. Ceea ce presupune efectuarea unor studii destul de riguroase înainte de a fi demonstrată eficacitatea unei substanţe în tratamentul anumitor fobii. Vom vedea că, în plan medicamentos, tendinţa actuală este de a utiliza mai puţin tranchilizantele şi de a opta pentru anumite antidepresive specifice, care acţionează asupra unui neurotransmiţător numit serotonină, de unde şi apelativul lor de „serotoninergice". Sînt medicamentele care au făcut obiectul celui mai mare număr de studii referitoare la eficacitatea lor în tratamentul fobiilor.

În privinţa psihoterapiilor, întrebările sînt următoarele: care va fi durata tratamentului? Ce dovezi avem despre eficacitatea lui? Efectele sale vor fi durabile sau nu? Ce procentaj al pacienţilor suferind de acelaşi tip de fobie ca mine este ameliorat de această terapie? Oricît de uimitor ar părea, pînă în ziua de azi nu exista acest demers de evaluare a psihoterapiilor care să fi fost adus la cunoştinţa marelui public din Franţa. Asta în timp ce psihoterapiile au apărut cu mult înaintea medicamentelor moderne! Cu toate acestea, o asemenea evaluare este foarte importantă pentru pacienţi, care sînt altfel obligaţi să se bazeze pe spusele terapeuţilor pe care-i întîlnesc. Din fericire, lucrurile încep să se schimbe, mai ales odată cu publicarea recentă a unui raport al INSERM, Institutul Naţional de Sănătate şi Cercetare Medicală, în legătură cu eficacitatea psihoterapiilor[106]. Această muncă de sinteză a tuturor studiilor disponibile aminteşte ceea ce comunitatea ştiinţifică ştia de mai mulţi ani: psihoterapiile recomandate în primă fază pentru tratarea tulburărilor fobice sînt terapiile comportamentale şi cognitive (TCC). Asta nu înseamnă că celelalte forme de terapie sînt ineficace. Dar că, în orice caz, sub forma lor actuală, ele sînt mai puţin clare şi nu atît de frecvente. Şi că este logic, aşadar, să începem printr-o TCC înainte de a ne îndrepta spre alte psihoterapii.

Dacă TCC-urile şi medicamentele sînt în prezent singurele tratamente care şi-au dovedit pe larg eficacitatea, motivul este, probabil, acela că dispun de aceeaşi capacitate de a acţiona asupra dimensiunii biologice a fobiilor[107]. Această însuşire nu este surprinzătoare pentru medicamente, molecule acţionînd asupra chimiei creierului, dar care este în mod clar mai revoluţionară pentru psihoterapii! Unul dintre avantajele TCC-urilor asupra medicamentelor este că schimbările biologice provocate la nivel cerebral sînt într-o oarecare măsură „autoproduse", ca şi cum am fabricat chiar noi un medicament endogen. Cum pot modifica demersurile psihoterapeutice funcţionarea creierului? Este obiectul uneia dintre cele mai mari idei avansate în ultimii ani în psihiatrie...

Necesarele căi biologice ale vindecării

Am vorbit despre asta în capitolele precedente, dar să amintim rapid de ce apare o fobie: 1) natura ne-a pregătit să ne fie în mod normal frică de unele lucruri (animale, înălţimi, întuneric, persoane necunoscute...); 2) aceste frici se bazează pe circuite cerebrale proprii oricărui gen uman; 3) hazardurile geneticii sau ale

vieţii au făcut astfel încît unii dintre noi vor resimţi „frici foarte mari"; 4) aceste frici foarte mari, care sînt fricile fobice, corespund unei dereglări a circuitelor cerebrale ale fricii normale, prea multă activare şi insuficientă reglare. La fel cum alergiile se bazează, de obicei, pe o dereglare a imunităţii normale, sau hipertensiunea arterială pe o dereglare a mecanismelor care ne modulează presiunea sangvină.

► Să ne vindecăm creierul pentru a ne vindeca mintea

Oricît de complex ar fi, creierul este un organ al corpului nostru, iar gîndurile, la fel ca emoţiile noastre, se axează pe un fundament material. Acesta este alcătuit din schimburi de informaţii între neuroni (celulele creierului nostru) prin intermediul sinapselor (sisteme de conexiuni între aceste celule). Un tratament eficace trebuie obligatoriu să acţioneze asupra acestei dimensiuni biologice, în mod direct, ca medicamentele, sau în mod indirect, ca TCC.

Amintiţi-vă: am menţionat în capitolul precedent cum dereglările fobiilor puteau fi schematizate într-un dezechilibru al armoniei dialogului dintre amigdala cerebrală, acest veritabil centru al fricii, şi cortexul prefrontal, care are rolul, printre altele, de a ne regla fricile pentru a înlesni o bună utilizare[108] a lui. Iar neuroştiinţele ne indică despre vindecarea tulburărilor emoţionale prin psihoterapii[109] că este dificil să-ţi diminuezi fricile fobice, pur şi simplu, gîndindu-te la ele şi discutînd despre asta. În asta rezidă întreaga problemă a psihoterapiilor pur verbale: influenţa lor asupra fobiilor este aproape nulă, sau foarte lentă, deoarece, pentru a simplifica, probabil că ele nu exercită nici un impact asupra amigdalei şi nu induc nici o reconfigurare sinaptică, ceea ce se numeşte neuroplasticitate, între amigdala cerebrală şi cortexul prefrontal. Or această modificare a arhitecturii funcţionale cerebrale este, fără îndoială, o necesitate pentru vindecarea acestor tulburări emoţionale severe care sînt fobiile.

► Modificarea arhitecturii cerebrale prin psihoterapie?

Prin urmare, este probabil ca psihoterapiile cele mai eficace să fie cele în care există o activare emoţională care va genera o reconfigurare, o aranjare a noilor conexiuni sinaptice. Orice terapie care pretinde că are un rol asupra fobiilor trebuie să fie o urmare a experienţei emoţionale. Însă nu este vorba numai de „a elibera propriile emoţii" sau de a le simţi violent pentru a progresa. Este indispensabil ca o astfel de experienţă de confruntare cu fricile, destul de dureroasă de altfel, să fie încadrată şi orientată prin comportamente şi stiluri de gîndire adecvate. Asta încearcă să propună TCC-urile: odată fricile reactivate, ele vor face obiectul strategiilor destinate să le neutralizeze şi să le dezamorseze[110].

Eforturile solicitate în timpul TCC-urilor trebuie să fie repetate. Şi asta deoarece există o inegalitate flagrantă a schimburilor şi conexiunilor cerebrale în favoarea amigdalei: conexiunile acesteia din urmă spre cortex sînt foarte numeroase, pe cînd cele ale cortexului spre amigdală sînt mult mai puţine. În concluzie, amigdala îi poate „vorbi" mult cortexului prefrontal şi să-i comande, însă ea îl ascultă puţin...

Pentru a ne stăpîni fricile, trebuie, aşadar, să le convocăm, să le provocăm şi să le facem faţă în mod diferit. O dată, de zece ori. Şi, conform teoriei neuroplasticităţii, noi conexiuni cerebrale vor intra treptat în funcţiune. Este scopul teoriilor comportamentale, care vor ajuta pacientul să se confrunte cu fricile lui, apoi îl vor învăţa să-şi potenţeze capacităţile de a le controla, sub formă de exerciţii zilnice, pe care va continua să le efectueze odată terapia terminată, la fel ca un diabetic, un hipertensiv care continuă să-şi urmeze regimul alimentar. Puţin poetic, dar foarte eficace.

Ironia sorţii: în vreme ce psihanaliştii preziceau altădată că TCC-urile n-ar acţiona decît la modul superficial şi că ar exista recidive, în vreme ce psihanaliza acţiona în profunzime, pare să se întîmple exact contrariul. Deoarece psihanaliştii nu raţionau decît în termeni de creier cortical, neglijînd total creierul emoţional şi reacţiile corporale în general, şi n-au luat în considerare TCC-urile decît sub unghiul terapiilor de învăţare, al unei simple condiţionări. În realitate, TCC-urile sînt, desigur, nişte terapii care presupun a învăţa, însă învăţări atît de numeroase şi complexe, emoţionale, psihologice, comportamentale, şi încă multe altele, încît se dovedesc benefice pentru orice, mai puţin pentru procedeele simpliste, aşa cum li se reproşa uneori că erau. Pe deasupra, şi cel mai important, ele vindecă tulburări fobice. Unul dintre pacienţii mei, care a urmat cele două tipuri de terapie, îmi spunea într-o zi: „Psihanaliza seduce, dar comportamentalismul vindecă..."

► Dovada prin imagine

Putem demonstra astăzi, datorită tehnicilor de neuroimagistică, impactul biologic al psihoterapiilor, cel puţin al TCC-urilor, şi legătura probabilă între această eficacitate biologică şi eficacitatea lor „de teren". Şi mai interesant este faptul că s-a arătat şi că ele acţionau asupra structurilor cerebrale la fel de eficace, şi uneori chiar mai eficace, decît medicamentele cel mai bine adaptate. Chiar în cazul patologiilor la fel de severe ca stările depresive majore[111] sau al TOC, ori tulburări obsesiv-compulsive[112]. Şi, bineînţeles, în fobii: primele studii doveditoare au început să fie conduse pe fobiile de păianjeni[113] şi fobiile sociale[114]. Şi altele sînt în curs. Rezultatele se vor verifica, fără îndoială, puţin cîte puţin pe ansamblul a ceea ce numim „tulburări emoţionale", aceste dereglări ale funcţionării normale şi adaptate a emoţiilor: depresia ca dereglare a tristeţii, fobiile ca dereglare a fricii. Psihoterapia poate, aşadar, să modifice cu adevărat arhitectura funcţională a creierului, cea care stă la originea reacţiilor de teamă excesive.

Medicamente împotriva fobiilor?

Nu există medicament „antifobic" cum există, de exemplu, „antidepresive". Însă numeroase substanţe au o acţiune asupra fricilor fobice...

► Tranchilizantele, calmantele şi alte anxiolitice nu fac decît să adoarmă frica

Tranchilizantele induc un efect rapid asupra senzaţiilor subiective de angoasă şi frică. Printre cele mai utilizate să citām Lexomil (nume generic: bromazepam), sau Xanax (alprazolam). Chiar şi astăzi, vorbim despre tratamente psihotrope cel mai adesea prescrise sau autoadministrate de pacienţii înşişi.

Beneficiile lor sînt reale: diminuează rapid senzaţia de frică şi-i reduc intensitatea. De aceea mulţi dintre pacienţii fobici au totdeauna cîteva asupra lor, „în cazul în care". Dar aceste medicamente ridică şi anumite probleme.

În primul rînd, acţiunea lor este incompletă şi departe de a fi satisfăcătoare: numeroşi fobici le iau cu sentimentul de a-şi „repara" angoasa, nu mai mult. Apoi creează destul de des dependenţă, iar întreruperea administrării lor în acest caz devine problematică, fiindcă provoacă un simptom de sevraj, cu sentimentul unei veritabile reapariţii a anxietăţii cînd nu se mai ia medicamentul: deşi puţin dramatic, lucrul acesta nu este nici odată plăcut. În sfîrşit, şi poate cel mai supărător, există suspiciuni că gama cea mai prescrisă de tranchilizante, benzodiazepinele, împiedică procesele care ne învaţă cum să ne stăpînim angoasele şi care conduc la vindecare. Altfel spus, atunci cînd sîntem fobici, administrarea acestor medicamente în doze mari pe perioade extinse de timp ar diminua, desigur, intensitatea fricilor noastre, însă le-ar şi croniciza. De fapt, aproape toţi pacienţii fobici pe care-i vedem în unitatea noastră de îngrijiri iau tranchilizante de ani buni, ceea ce i-a ajutat, negreşit, să supravieţuiască în viaţa de zi cu zi, dar nu să şi scape de fobia lor.

Acest lucru a fost sugerat de un studiu efectuat pe pacienţi cu fobie de avion[115]. Cercetătorii au propus unui număr de 28 de persoane cu fobie de avion să efectueze două zboruri la un interval de o săptămînă. Jumătate dintre ele, alese la întîmplare, primeau pentru primul zbor o doză eficace de benzodiazepine, pe cînd celorlalte li se administra un placebo. Pentru al doilea zbor, nu se distribuia niciun medicament. În timpul primului zbor, pacienţii sub tranchilizante manifestau o teamă mai redusă decît ceilalţi; în schimb, în timpul celui de-al doilea, se arătau mult mai anxioşi, spre deosebire de ceilalţi, a căror teamă era diminuată în raport cu primul zbor. Altfel zis: benzodiazepinele sînt, poate, eficace în diminuarea anxietăţii, însă odată întreruptă administrarea lor, aceasta se va manifesta şi mai puternic, iar repetarea experienţelor de expunere va dovedi eficacitatea lor compromisă. Alte studii de acest tip vor fi necesare pentru a confirma aceste ipoteze, deoarece numărul acestor cercetări este încă prea mic pentru a li se generaliza concluziile.

Cu toate acestea, tendinţa actuală a medicilor este de a nu mai prescrie sistematic benzodiazepine în fobii şi de a nu propune decît un uzaj controlat al lor, în doze şi durată, doar persoanelor ale căror atacuri de panică sînt prea intense. De altfel, există alte medicamente anxiolitice, aparţinînd unor clase farmacologice diferite, pentru a trata tendinţa spre o anxietate generalizată.

O altă problemă a benzodiazepinelor este modul lor de acţiune. Studii de imagerie cerebrală au arătat că ele dezactivau în parte, în timpul somnului, sistemul emoţional amigdalian[116]. Or se ştie că noaptea creierul nostru repetă şi stochează ceea ce a învăţat ziua... Poate aceste lucrări indică o altă pistă pentru a explica

intuiţia numeroşilor terapeuţi: pacienţii care iau benzodiazepine progresează mai lent decît cei care folosesc terapia comportamentală...

Se pare, aşadar, că întrebuinţarea benzodiazepinelor este indicată cu următoarele condiţii: să nu se facă uz de ele decît punctual, în caz de frică intensă, adică un atac de panică, pentru a-l scurta şi limita. Însă să se evite uzajul constant, ca urmare a diverselor probleme, precum riscul de dependenţă: ne este greu să ne lipsim de ele; riscul de obişnuinţă: poate exista pe termen lung o scădere a eficacităţii; şi poate, am văzut, riscul unei menţineri relative a problemei la un nivel intermediar: există o ameliorare, dar nu o vindecare cu adevărat. Este posibil ca modul de acţiune a benzodiazepinelor, cele mai prescrise tranchilizante, să fie cauza acestui fapt: receptorii cerebrali ai benzodiazepinelor sînt concentraţi la intrările amigdalei[117] cerebrale şi blochează astfel activarea acesteia devreme în amonte. Alarma nu se declanşează, ceea ce este, desigur, confortabil, însă mai puţin pedagogic decît să permitem alarmei să se declanşeze, dar mai slab, ca apoi să învăţăm s-o reglăm. Este ceea ce-mi explica, metaforic, o tînără pacientă: „Tranchilizantele îmi împuşcă frica, o anesteziază, însă cînd efectul a trecut, totul este exact ca înainte".

► Anumite antidepresive înlesnesc reglarea fricii

O altă categorie de psihotrope este, în schimb, din ce în ce mai utilizată în anumite fobii severe, mai ales în fobiile sociale şi tulburarea de panică: este vorba despre antidepresive.

De la cercetările efectuate în anii '60[118] ne-am dat seama, într-adevăr, că anumite antidepresive aveau în egală măsură o acţiune antifobică, şi asta chiar dacă pacientul nu era deprimat: era vorba deci despre un efect specific asupra fricii şi anxietăţii, şi nu asupra depresiei. Antidepresivele avînd această acţiune sînt mai ales cele al căror mecanism măreşte procentele de serotonină, un neurotransmiţător cerebral - de aceea sînt numite „serotoninergice". După ce am utilizat antidepresivele numite „triciclice" (o denumire datorată structurii chimice a moleculei lor), medicii prescriu în prezent cu mai multă încredere aceste antidepresive serotoninergice de nouă generaţie, care nu sînt neapărat mai eficace decît precedentele, ci mult mai bine tolerate. Aceste medicamente, care sînt numite şi „IRS", sau inhibitori ai recaptării de serotonină, pot fi „selective" (acţionează mai ales asupra acestui neurotransmiţător) sau nu (acţionează şi asupra altor neurotransmiţători). Să cităm, printre farmaciile care dispun astăzi în Franţa de ASP (autorizaţie de scoatere pe piaţa liberă, de la Ministerul Sănătăţii), cîteva medicamente ce tratează diferite tulburări fobice: Deroxat (nume generic: paroxetină), Effexor (venlafaxină) sau Seropram (citalopram).

Atunci cînd pacienţii „răspund" la acţiunea acestor antidepresive (nu-i întotdeauna cazul, ceea ce explică de ce trebuie uneori să încerce mai multe dintre ele înainte de a ajunge la un rezultat bun), manifestările lor anxioase scad în intensitate şi în frecvenţă, dar nu dispar complet. Le este deci mai uşor să se confrunte cu ceea ce se tem, avînd de înfruntat doar o frică, desigur foarte importantă, fără să ajungă însă la panică. Destul de des, aceşti pacienţi sub tratament serotoninergic descriu şi o capacitate crescută de a se distanţa în raport cu gîndurile fobice asociate cu sentimentul de frică: „La începutul tratamentului, aveam aceleaşi temeri care-mi veneau în minte, însă reuşeam să nu le ascult, să le critic, să nu mă supun lor. Apoi, puţin cîte puţin, am început să văd lucrurile diferit". Acest efect de modulare emoţională face astfel posibile o distanţare şi o critică faţă de stilurile de gîndire fobică şi permite apoi pacientului să se expună mai mult situaţiilor de care se teme[119].

În ciuda avantajelor lor asupra benzodiazepinelor, aceste medicamente pun şi ele cîteva probleme. Există mai întîi cea a efectelor lor secundare: din cauza puterii lor, antrenează adesea, la începutul tratamentului, efecte secundare nedorite, de exemplu greţuri, irascibilitate sau, pur şi simplu, senzaţia de a „fi sub tratament". Aceste efecte îi pot face uneori pe pacienţi să-şi întrerupă tratamentul sau chiar declanşează crize de angoasă la persoanele a căror fobie comportă o dimensiune interoceptivă, adică o nelinişte faţă de senzaţii corporale percepute ca anormale sau neobişnuite. Apoi, unii pacienţi pot recidiva odată ce nu mai iau medicamentul. Pentru a încheia, în prezent nu se ştie exact care trebuie să fie durata ideală a unui asemenea tratament. Se presupune că ar trebui să fie de cel puţin şase pînă la douăsprezece luni, la fel ca în cazul tratamentului unei depresii severe, timp în care persoana poate să-şi schimbe stilul de

viaţă - fără evitări - şi viziunea despre lume - să înţeleagă emoţional, confruntîndu-se cu ele, că situaţiile de care se temea nu sînt atît de periculoase.

Însă, în realitate, aceste schimbări de perspectivă se datorează mai puţin medicamentului decît eforturilor persoanei: per total, Medicamentele joacă un rol de cîrjă, înlesnind înfruntarea fricilor proprii şi tragerea unor concluzii. Această înfruntare este, în esenţă, terapeutică. Medicamentele nu sînt decît instrumente: fără implicarea pacientului în eforturile de schimbare, efectele lor vor rămîne limitate sau tranzitorii.

►Există medicamente „bio" cu efect antifobic?

După confirmările recente ale interesului pentru sunătoare (tradiţionala „pojarniţă") în tratarea stărilor depresive moderate[120], există în psihiatrie o renaştere a avantajelor oferite de medicamentele de origine vegetală. În acest sens, au fost efectuate cîteva studii în cazul tulburărilor fobice, însă nu suficiente pînă în prezent pentru recomandarea acestui tip de tratament[121]. Cu atît mai mult cu cît trebuie amintit că „vegetalul" sau „bio" nu înseamnă inofensiv: articole de toxicologie menţionează cu regularitate în revistele medicale cazuri de intoxicaţie sau de interacţiune cu alte medicamente. Astfel, sunătoarea nu trebuie să fie asociată cu antidepresivele serotoninergice, de teama efectelor secundare neplăcute. Însă putem spera ca o astfel de cale de cercetare în direcţia medicamentelor de origine vegetală să continue să se dezvolte: toate ajutoarele sînt binevenite în lupta împotriva fobiilor severe.

►Utilizarea corectă a medicamentelor

Este întotdeauna preferabil să prezentăm prescripţia medicamentoasă nu ca pe un tratament în sine, ci ca pe un ajutor la eforturile personale de a ne schimba comportamentul fobic: să nu mai evităm, să înfruntăm situaţiile fobogene, să ne modificăm viziunea despre lume... Tratamentul nu este decît o cîrjă, desigur foarte preţioasă, însă nu poate înlocui eforturile personale. Acelaşi lucru este, de altfel, valabil pentru o sumedenie de alte patologii: hipertensiunea arterială necesită tot atîtea eforturi de igienă de viaţă ca astmul, diabetul şi ansamblul patologiilor care se bazează pe o vulnerabilitate cronică.

Orice prescripţie de psihotrope în fobii n-ar trebui să se acorde fără un suport psihologic minimal, axat pe sfaturi de viaţă cotidiană provenite din cele mai eficiente terapii actuale, terapiile comportamentale. Şi pentru cazurile severe, de o adevărată psihoterapie comportamentală.

Terapiile comportamentale şi cognitive

Mult timp prezentate ca nişte terapii ale învăţării, ale „dresajului", spuneau detractorii, ele s-au dovedit cele mai eficace pentru a trata fobiile. Fără îndoială, tocmai în acest tip de tulburări ele fac cea mai clară distincţie faţă de toate celelalte forme de terapie.

TCC-urile măresc libertatea de acţiune a subiectului fobic şi stima lui de sine. Ele reduc categoric gradul de supunere în faţa fobiei. Însă tot ele sînt cele care induc cel mai puţin acest efect secundar clasic: dependenţa faţă de terapie şi persoana terapeutului.

► În ce constau terapiile cognitive şi comportamentale (TCC)?

TCC-urile sînt, aşadar, de mai bine de un deceniu, psihoterapiile recomandate în primă fază pentru tratamentul stărilor fobice[122]. Ele se bazează pe un ansamblu de date provenite din psihologia ştiinţifică şi experimentală şi adoptă ele însele acest demers evaluîndu-şi sistematic rezultatele. Astfel, departe de a fi un corpus de cunoştinţe încremenit, tehnicile lor evoluează constant: anumite metode larg utilizate în urmă cu zece ani sînt mult mai puţin folosite astăzi, au apărut altele noi...

În cadrul terapiilor comportamentale şi cognitive se lucrează mai mult asupra simptomelor şi adaptării la lumea înconjurătoare decît asupra înţelegerii elementelor trecutului, centrată doar pe individ. Terapeutul adoptă în acest caz un stil relaţional directiv, dă informaţii şi sfaturi pacientului, îl învaţă să practice exerciţii în şedinţă şi între şedinţe. Scopul terapiei este ca pacientul să înfrunte din nou ceea ce-i provoacă frică şi să dobîndească, în consecinţă, o autonomie şi o demnitate satisfăcătoare.

Logica TCC-urilor este, într-o oarecare măsură, de a îndruma pacienţii pe direcţia cea bună, în sensul progresului, adică dezvoltarea capacităţilor de autovindecare a fricilor lor. Adesea, logica internă a fobiei îi face, cum am văzut, să adopte comportamente autoagravante: încercarea de a evita să-şi amplifice temerile...

Din acest motiv, nici o confruntare nu le este benefică, atît sînt de prinşi în menghina fobiei. Obiectivul TCC-urilor este ca asemenea confruntări să devină experienţe din care putem profita, şi nu traumatisme sau confirmări ale neputinţei de a face faţă fricilor noastre. Pacientul continuă apoi să progreseze singur, fără terapeutul său. Acesta din urmă se comportă, de altfel, ca un pedagog, care-şi va învăţa pacientul să utilizeze metode eficace: odată ce pacientul a înţeles cum să le întrebuinţeze, terapeutul nu mai are altă funcţie decît cea de a-l încuraja să continue. Nu există nimic mai simplu ca o TCC! Pacientul aude adesea în cazul acestuia lucruri care i-au fost recomandate în altă parte; însă, de data asta, aceste lucruri îi sînt spuse pe terenul propriu al fricii. Într-o zi, una dintre pacientele mele, ca o concluzie a terapiei ei, mi-a precizat asta în mod magnific: „Tot ce mi-aţi explicat în timpul lucrului nostru îmi fusese deja spus. Însă doar aici mi-a fost arătat. Şi am înţeles".

► Elogiul bunului-simţ

Terapiile comportamentale şi cognitive pot părea de o foarte mare simplitate în ochii profanului: înfruntarea obiectului fricilor şi acţionarea într-un anumit fel, de preferinţă progresiv, ce este altceva, în fond, decît bun-simţ? Asta este, într-adevăr. Însă în mod bizar, acest bun-simţ n-a fost întotdeauna de actualitate în psihoterapie. Unii terapeuţi preferau să meargă pe căi mult mai ocolite, explicînd pacienţilor că nu trebuiau să se concentreze prea mult pe vindecarea şi dispariţia simptomelor, bătîndu-şi chiar joc de „furia de a vindeca" a unora dintre confraţii lor. Filosoful Raymond Aron, eclipsat de Sartre, vorbea totuşi despre „a zîmbi de bun-simţ". Şi un alt uitat al literaturii, Franc-Nohain, scria: „Bunul-simţ nu este acolo pentru a ne face să îndeplinim lucruri mari, ci pentru a ne împiedica să facem prostii[123]". În materie de psihoterapie, foarte mult timp bunul-simţ a fost lăsat deoparte. Este din nou la modă, ceea ce este o veste bună.

Şi asta pentru că numeroase idei preconcepute se opun bunului-simţ, de exemplu aceea a suferinţei care te înnobilează sau te face mai creativ. Îmi amintesc că am citit un interviu al lui Woody Allen, speriat de Veşnicie, care a fost întrebat dacă anxietatea lui nu era în cele din urmă motorul talentului său. Şi Woody, maestru în anxietate şi creativitate, a răspuns politicos, dar ferm: „Nu cred că aş fi mai creativ dacă aş fi mai angoasat. Dimpotrivă, dacă sînt senin, munca îmi este mai bună. N-am fost nici odată angoasat la ideea de a nu mai fi[124]".

►Micul Peter, primul caz de fobie tratat prin terapie comportamentală în 1924

Putem aprecia că prima terapie comportamentală modernă a unei fobii specifice, axîndu-se pe datele psihologiei ştiinţifice, a fost efectuată în 1924 de psihologul american Mary Jones pe un copil[125]. Peter era un băieţel de 3 ani, cu fobie de iepuri, şi într-un grad mai mic de şobolani, şoareci şi broaşte. Mary Jones s-a hotărît să-l trateze prin utilizarea a două tehnici: condiţionarea prin obişnuirea progresivă şi imitarea modelelor.

Pe durata şedinţelor, copilul şedea pe un scaun înalt şi se ocupa de activităţi plăcute: se juca sau mînca alimentele preferate. În acest timp, un iepure era adus într-o cuşcă în celălalt capăt al încăperii. După semnele de frică iniţiale, Peter s-a obişnuit puţin cîte puţin cu prezenţa iepurelui. La fiecare şedinţă, iepurele era apropiat tot mai mult de scaunul lui Peter. Într-un moment al terapiei, trei copii de vîrsta lui au fost invitaţi să vină să se joace în faţa lui cu iepurele, în vreme ce el îi observa. După vreo patruzeci de şedinţe, copilul era capabil să se joace în mod afectuos cu iepurele. Teama lui de alte animale mici dispăruse în egală măsură. Efectul s-a menţinut pe întreaga perioadă de supraveghere, mai multe săptămîni.

Însă o poveste de vindecare pe un singur caz, oricît de convingătoare ar fi, nu poate ţine loc de dovadă generalizată de eficacitate...

Cum să evaluezi ştiinţific o psihoterapie?

Să ne imaginăm că aţi pus la punct o metodă revoluţionară pentru a trata fobiile. O veţi testa mai întîi pe cîţiva dintre pacienţii dumneavoastră, a căror situaţie vi se va părea ameliorată. Dar este ea, cu adevărat, ameliorată? Nu doar dumneavoastră trebuie s-o spuneţi (nu poţi fi şi judecător, şi jurat), ci pacienţii înşişi (prin intermediul autochestionarelor validate) şi, de asemenea, alţi psihoterapeuţi (numiţi „evaluatori"), utilizînd în egală măsură scări de evaluare validate de cercetare. Apoi, chiar dacă primele rezultate sînt

favorabile, trebuie să verificaţi dacă pe aceşti pacienţi i-a ajutat, într-adevăr, noua dumneavoastră tehnică de psihoterapie (factor specific) sau, pur şi simplu, faptul că aţi stat şi i-aţi ascultat şi susţinut (factor non-specific). Veţi face, aşadar, un studiu „controlat", adică pe un număr suficient de pacienţi-candidaţi la o psihoterapie, veţi proceda la o tragere la sorţi în două grupe: cei care vor beneficia de metoda dumneavoastră şi cei care vor primi doar o terapie de susţinere (vor petrece acelaşi timp ca în cazul celorlalţi cu un terapeut, dar acesta din urmă nu va face decît să-i asculte şi să-i încurajeze). Dacă rezultatele sînt semnificativ mai bune la pacienţii care au beneficiat de psihoterapia dumneavoastră, sînteţi pe drumul cel bun.

Va mai trebui, totodată, să fiţi capabil să vă descrieţi metoda într-un mod destul de precis, pentru ca alte echipe de terapeuţi să vă reproducă rezultatele pe acelaşi tip de pacienţi! Ceea ce va arăta că eficacitatea tehnicii pe care aţi folosit-o nu depinde numai de charisma dumneavoastră personală ca terapeut. În acel moment, comunitatea ştiinţifică va recunoaşte că metoda dumneavoastră este inovatoare şi eficace. Drumul este deci lung înainte ca o psihoterapie să acceadă la rangul de tehnică validată de cercetare!

În prezent, terapiile comportamentale şi cognitive sînt cele care au făcut obiectul celui mai mare număr de asemenea validări ştiinţifice.

► Dovezi şi dezbateri

Există, într-adevăr, mai multe zeci de studii controlate atestînd eficacitatea TCC-urilor în tratamentul fobiilor[126]. Cercetările ulterioare[127] arată că, după mai mulţi ani, aceste rezultate bune se dovedesc durabile. În plus, subliniază în anumite cazuri necesitatea programelor de „mentenanţă", cu o urmărire constantă a pacientului, care este încurajat să aplice periodic strategiile psihologice şi comportamentale învăţate în timpul terapiei şi să depisteze încă de la început eventualele simptome de fragilizare, înainte ca ele să se organizeze într-o recidivă confirmată. Confruntat cu dificultăţi, un fost fobic riscă, realmente, să simtă din nou manifestări incipiente ale tulburării lui. Însă aplicînd strategiile deja învăţate în terapie va avea toate şansele să le limiteze şi să le controleze mult mai uşor.

În toate cazurile, îndoielile emise la început de psihanalişti despre posibilitatea de substituţie a simptomelor („suprimaţi fobia şi pacientul se va acoperi cu eczemă") sau a recurenţelor sistematice („atîta vreme cît problema de fond nu va fi reglată, simptomele vor reveni") n-au fost nici odată confirmate de vreun studiu. Dacă asemenea cazuri pot exista, pare evident că ele nu reprezintă o majoritate caracteristică, departe de asta. Să remarcăm că ele au în vedere, de altfel, toate formele de psihoterapie, inclusiv psihanaliza, întrucît cercetările minuţioase au arătat că pacienţii „istorici" ai acestei discipline prezentaţi de multă vreme ca dovezi de psihanalişti au fost aproape toţi eşecuri terapeutice, caracterizaţi prin lipsa ameliorării, recidive rapide ori chiar agravări[128].

► Tehnici utilizate în TCC

Principalele tehnici sînt expunerea (confruntarea cu propriile frici) şi restructurarea cognitivă (modificarea şi criticarea sistemelor de gîndire). Alte instrumente terapeutice sînt uneori asociate cu aceste două „ingrediente" de bază: relaxarea şi controlul respiraţiei (cînd teama este foarte puternică, îndemnăm pacienţii s-o diminueze prin aceste tehnici în momentul înfruntării situaţiilor) şi afirmarea de sine (care constă în a învăţa prin jocuri de rol să exprime ce vor sau ce simt). Aceste două metode au drept scop să ajute persoana fobică să reia în parte controlul situaţiilor în loc să se simtă copleşită de senzaţiile fizice, percepute ca total incontrolabile, şi să se lase condusă de alte persoane, imaginate mai puternice ca propria persoană.

În ce constă terapia prin expunere?

Am menţionat deja un anumit număr de principii ale demersului de expunere în capitolul precedent. Această tehnică se axează pe a propune pacientului să înfrunte o serie de situaţii fobogene de intensitate crescîndă, fără să încerce, cel puţin la început, să se simtă relaxat pe durata expunerii, ci, pur şi simplu, să rămînă în prezenţa obiectului fricii, pînă cînd teama scade cu cel puţin 50%.

Această expunere poate avea loc în imaginaţie (expunere la imagini mentale) înainte de a practica exerciţiile in vivo. Însă expunerea direct in vivo este preferata terapeuţilor. În prezent este tehnica recomandată în tratarea fobiilor.

Fiecare şedinţă de expunere trebuie să fie suficient de lungă, adesea de o oră. Este important ca pacientul să nu iasă din situaţia respectivă înainte ca teama să-i fi scăzut în mod semnificativ. În cursul expunerii, pacientul trebuie să se concentreze pe stimulul fobogen şi să recurgă cît mai puţin posibil la strategii de distragere (să se gîndească la altceva, să privească în altă parte etc.): acestea par de natură să altereze bunele rezultate ale expunerii[129]. Este esenţial, aşadar, ca terapeutul să vegheze să atragă cu regularitate atenţia subiectului asupra exerciţiului în curs, asupra obiectului fobogen şi senzaţiilor de frică, mai ales în situaţiile cele mai anxiogene.

De altfel, pe durata şedinţelor de expunere, se întîmplă des ca terapeutul să servească drept „model" şi să preceadă pacientul în sarcinile pe care le are de îndeplinit, pentru a-i propune un exemplu de comportament confruntativ în faţa obiectului fricii.

Oricît de simple pot părea, tehnicile de expunere necesită multă pricepere din partea terapeutului. Iar acesta din urmă nu trebuie nici odată să uite că ele reprezintă un stres considerabil pentru pacienţi, de unde şi regula de progresivitate pe care am prezentat-o în capitolul precedent.

Îmi amintesc de o poveste destul de emoţionantă în legătură cu acest subiect, care mi s-a întîmplat în cadrul unei instruiri pe care le-o ţineam unor terapeuţi despre fobia socială. În vreme ce tocmai îmi terminam partea consacrată expunerii şi regulilor sale, una dintre participante a cerut cuvîntul, destul de tulburată, şi a început să-şi relateze cazul: „Văd bine ce vreţi să spuneţi. Tatăl meu era fobic social. Într-o zi, mama mea a murit. A fost o suferinţă teribilă. Şi aşa, a înţeles imediat că nu putea continua să se protejeze în spatele ei, cum o făcea pînă atunci. Asta a început foarte repede, întrucît, în ziua înmormîntării, a trebuit să strîngă mîna celor două sute de persoane care veniseră să asiste la ceremonie". Tot grupul, inclusiv eu, a început să anticipeze un final fericit al poveştii, de genul: „A doua zi după această probă, fobia lui va dispărea". Însă colega a suspinat şi a continuat: „A doua zi dimineaţă, cînd m-am dus la el, murise. Cred că în primul rînd suferinţa l-a ucis. Însă aceste două sute de mîini de strîns, aceste două sute de feţe de privit în ochi, aceste două sute de răspunsuri de dat condoleanţelor au precipitat, cu siguranţă, lucrurile. De atunci, sînt întotdeauna atentă să înaintez încet şi progresiv cînd îmi expun pacienţii..." La fel ca toate tratamentele eficace, terapia prin expunere nu trebuie să fie supradozată, mai ales la persoanele vulnerabile.

Principalele metode de expunere

Există mai multe tipuri posibile de expuneri, pe care le vom detalia din nou, abordînd fiecare tip de fobie, în paginile următoare. Scopul comun tuturor acestor expuneri este de a „desensibiliza" persoana fobică, inoculîndu-i cu acordul ei „doze mici" de frică, la fel cum s-ar desensibiliza o persoană alergică.

Expunerile situaţionale sînt cele clasice: pacientul este invitat să se confrunte cu obiectul fricii lui. I se cere, de exemplu, să manipuleze o seringă dacă este fobie de injecţii, să se apropie de animalul de care se teme, să ia un ascensor, să facă o expunere în public... De aici şi stilul foarte concret şi animat al TCC-urilor, care obligă pacienţii şi terapeuţii să meargă constant pe teren, să coboare în arena fricilor. Se întîmplă adesea, într-adevăr, ca terapeutul să fie nevoit să iasă din cabinet pentru a însoţi pacientul în locurile de expunere: o cuşcă, un pod, un magazin mare... Este chiar de dorit la începutul terapiei. Expunerea însoţită prezintă, realmente, numeroase avantaje: terapeutul verifică pe loc cum se comportă pacientul în faţa fricii şi are şi o ocazie să lucreze asupra reacţiilor ..la cald" în situaţie de frică. Însă este restrictivă pentru terapeuţi, pe care-i obligă să abandoneze confortul biroului lor!

Expunerile interoceptive: interocepţia desemnează ansamblul senzaţiilor fizice pe care le transmite propriul corp. Multe persoane fobice se tem, de fapt, să înceapă să simtă aceste senzaţii, semne premergătoare ale unui atac de panică. Senzaţiile acestea fizice sînt asociate unui reflex condiţionat de frică: este ceea ce se numeşte „fobie interoceptivă". Terapeutul va încerca să le declanşeze în şedinţă, în scopul de a învăţa pacientul să le suporte fără angoasă şi să le stăpînească: i se propune deci să hiperventileze (să respire foarte rapid şi profund mai multe minute), este învîrtit rapid pe un scaun, pentru a induce uşoare vertijuri, este pus să urce treptele scării în patru labe, ca să aibă palpitaţii, să rămînă în picioare multă vreme, pentru a declanşa uşoare senzaţii de hipotensiune ortostatică, să se îmbrace prea gros, ca să se înroşească sau să transpire sub privirea altcuiva...

Expunerile în imaginaţie sînt adaptate pacienţilor a căror angoasă este prea puternică pentru ca ei să se confrunte direct cu fricile lor. În acest caz, înainte de a trece la expunerile numite in vivo, li se propune o desensibilizare în imaginaţie, numită şi „desensibilizare sistematică". Metoda constă în a înfrunta progresiv, în imaginaţie şi sub relaxare, situaţia fobogenă, descompusă înainte în etape de valoare anxiogenă crescută. Subiectul stă întins, cu ochii închişi şi, cînd este relaxat, începe să se imagineze progresiv în situaţii de care se teme. Ceea ce declanşează adesea (însă nu întotdeauna) o creştere a reflexului de frică. Tehnica în speţă a fost prima utilizată la scară mare în tratamentul fobiilor. Din cauza duratei şi greutăţii ei, tinde în prezent să fie abandonată în favoarea tehnicilor de expunere in vivo. Însă ea îşi păstrează interesul în cazul fobiilor în care încărcătura de frică este foarte mare, iar confruntările nu sînt imediat posibile. Ea trebuie, în orice caz, să fie urmată de adevărate exerciţii de expunere, in vivo.

Expunerile prin imagistică virtuală. Expunerile in vivo sau însoţite sînt uneori dificile în cazul anumitor fobii, precum cea de avion. De aceea, tehnicile de imagistică virtuală suscită un mare interes în rîndul comportamentaliştilor: echipînd corect pacienţii, aceştia vor avea posibilitatea să trăiască senzaţiile de care se tem, rămînînd pe loc. Aceste terapii au fost deja testate cu succes pe pacienţi acrofobi, care se tem de înălţimi[130], pe pacienţi arahnofobi[131], cu fobie de avion[132] sau fobici sociali[133,134]. Dovedindu-se suficiente pentru anumiţi pacienţi cu fobii moderate, aceste terapii prin imagistică virtuală pot fi utile în toate cazurile de pregătire pentru TCC-uri „de-adevăratelea".

Modificarea gîndurilor automate

„Dacă mă aplec, voi fi atrasă în gol", „Dacă mă înroşesc, toată lumea va remarca şi mă voi acoperi de ridicol".

Modurile de gîndire ale pacienţilor fobici reprezintă o ţintă importantă a intervenţiilor psihoterapeutice[135]. În jargonul terapeuţilor, se numeşte „cogniţie" un gînd automat care apare în mintea unei persoane. Pe acest tip de gînduri, adesea subconştiente (adică non-conştiente, dar accesibile la un mic efort de introspecţie) se vor baza terapiile cognitive.

Prima lor etapă, numită de autoobservare, va consta într-o conştientizare clară a acestei funcţionări mentale, ceea ce nu este întotdeauna uşor, deoarece pacienţii au în mod natural tendinţa să raţionalizeze modurile lor de a vedea lucrurile: „Nu mai iau lifturile, fiindcă e mai sănătos să urcăm pe scări", „Toţi cîinii sînt potenţial periculoşi, această specie descinde din lup, e normal să ne fie frică de ei"... În alte cazuri, să se gîndească la ce se tem că le provoacă frică. De exemplu, pacienţilor panicarzi nu le place să-şi „asculte" fricile: evită, de pildă, să se gîndească sau să pronunţe anumite cuvinte precum „indispoziţie", „angoasă", care le declanşează crize anxioase... Aceşti pacienţi au recurs la nişte strategii de fugă mentală (numite „evitări cognitive"), lăsînd, cum ar fi, radioul întotdeauna deschis sau fiind mereu pe punctul de a face ceva (vorbit, citit...) cînd simt că li se face frică.

După această etapă de autoobservare, antrenăm pacientul să reflecteze asupra cogniţiilor sale şi să le analizeze justificarea: nu este vorba aici de a-i aminti că temerile lui nu sînt „rezonabile" (anturajul lui s-a ocupat deja de asta), ci de a-l ajuta să le observe direct şi să examineze scenariile-catastrofă. De ce se teme mai exact? Ce se va petrece dacă înfruntă situaţia? Care-i vor fi reacţiile? Care ar putea fi consecinţele pe termen lung? Oare toate aceste predicţii sînt realiste? Cum să le verificăm pertinenţa?

Apoi, într-o ultimă şi indispensabilă etapă, terapeutul îi va cere pacientului să efectueze nişte „probe de realitate" menite să verifice dacă predicţiile lui fobice sînt puţin fiabile. De exemplu, unui panicard care anticipează că după zece minute de înghesuială la o coadă va prezenta o indispoziţie sau un atac de panică, terapeutul va propune un test al acestei predicţii, însoţindu-l într-un oficiu poştal sau într-un magazin la ore de vîrf. Doar printr-o asociere a acestei abordări cognitive cu asemenea demersuri de reconstituire a situaţiei de panică modulaţiile cognitive vor deveni „credibile" pentru creierul emoţional al pacientului.

► O noutate în abordarea TCC a fobiilor: EMDR

EMDR este o formă de terapie scurtă, în care pacientul este pus să relateze nişte momente emoţionale neplăcute ale existenţei sale, în timpul cărora s-au manifestat simptomele: de pildă, o amintire a începutului de înec la o persoană prezentînd o fobie de apă sau de sufocare.

În timp ce pacientul retrăieşte, psihologic şi senzorial, aceste amintiri dureroase, terapeutul îl pune să-i urmărească cu privirea degetul sau un obiect, care efectuează mişcări laterale rapide. Se presupune că manevra aceasta provoacă o dezactivare, apoi o reprogramare a emoţiilor dureroase asociate amintirii. De unde şi numele ei de EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing.

Cu toate că nu se ştie clar prin ce mecanism exact acţionează EMDR, ea s-a arătat eficace în tratamentul traumatismelor psihologice[136].

Una dintre consecinţele cele mai frecvente ale şocurilor psihologice rezidă în persistenţa panicii de a ne găsi în situaţia în care am trăit traumatismul: dacă am fost agresaţi într-o parcare sau dacă am suferit un accident de maşină, ne putem dovedi pe urmă incapabili să ne confruntăm din nou cu aceste situaţii. Este vorba într-o oarecare măsură despre fobii secundare, induse de traumatism. De aceea, au fost efectuate cîteva cercetări pentru a testa EMDR pe pacienţii cu tulburări fobice[137'138]. Primele rezultate sînt interesante, dar trebuie să ştim mai multe despre mecanismul în speţă înainte să recomandăm sistematic metoda aceasta fobicilor.

Potrivit experienţei mele personale, terapia EMDR poate fi utilă dacă anumite amintiri ale fricii sau ruşinii sînt insuportabile sau rămîn dureroase la ani distanţă. Asta se întîmplă frecvent la fobicii sociali care au trăit umiliri în public şi care nu le pot detalia fară un sentiment foarte profund de indispoziţie şi de mare suferinţă. Sau la pacienţii care au simţit atacuri violente de panică şi care, în general, evită să le rememoreze.

Fobii şi psihanaliză

Psihanaliza a fost multă vreme singura metodă de psihoterapie disponibilă. Cazul micului Hans, raportat de Freud în 1909, este fără îndoială, unul dintre cele mai cunoscute din istoria psihiatriei. Hans prezenta o fobie de cai după ce a văzut căzînd un cal care trăgea un tramvai în stradă. Povestea curei micului Hans, condusă de tatăl lui după sfaturile lui Freud, a devenit un caz clasic în literatura psihanalitică. Freud recunoaşte chiar el că nu l-a întîlnit decît o dată pe tînărul băiat în vîrstă de 5 ani, esenţialul datelor fiind deja transmise de tată, un admirator pasionat de tezele psihanalitice, pe atunci foarte inovatoare.

Iată un extras al unei scrisori adresate părintelui psihanalizei de tatăl lui Hans: „Fără îndoială, terenul a fost pregătit de o prea mare excitaţie sexuală datorată tandreţii mamei lui, însă n-aş putea să indic cauza imediată a tulburărilor, teama de a fi muşcat pe stradă de un cal pare să fie oarecum legată de spaima faţă de un penis mare - a remarcat devreme, aşa cum ştim dintr-o observaţie anterioară, penisul mare al cailor şi a tras atunci concluzia că mama lui, pentru că era aşa de mare, trebuia să aibă un organ ca un cal... În afara fricii de a merge pe stradă şi a unei depresii în fiecare seară, Hans a rămas mereu acelaşi, vesel şi fericit[139]..." Freud lansa ipoteza că Hans trăia o realitate oedipiană angoasantă cu tatăl său: prea stînjenitoare s-o trăiască în mod conştient, această angoasă era obiectul unei refulări în inconştient. Apoi, pentru mai multă eficacitate, intervenea un al doilea mecanism: o deplasare a obiectului angoasei faţă de tată spre cai, ceea ce înlesnea o relativă exteriorizare a conflictului oedipian... pentru că teama de a fi muşcat de un cal reprezenta în acest caz o ameninţare mai puţin redutabilă decît cea legată de angoasa castrării (teama de a fi pedepsit de tată fiindcă a vrut să-i ia locul lîngă mamă).

Cu toate că tezele lor erau promiţătoare la început, terapiile psihanalitice au cunoscut un regres important în materie de tratare a fobiilor, din cauza rezultatelor lor dezamăgitoare în aceste situaţii. Unul dintre marii psihanalişti de copii, contemporan, Serge Lebovici, relata „cazul unei fobii şcolare care dura de mai bine de cincisprezece ani, în ciuda unei psihoterapii continuate foarte multă vreme în condiţii destul de bune[140]. În plus (sau din cauza asta?), psihanaliştii n-au considerat nici odată diminuarea sau dispariţia simptomelor fobice ca un scop în sine, deşi este adesea o cerere prioritară a pacienţilor. Ne amintim deviza cunoscută a lui Lacan: „Vindecarea va veni de la sine". Astfel, într-una dintre lucrările consacrate viziunii psihanalitice a fobiilor, într-o colecţie pentru marele public de referinţă, doar 3 pagini din 128 sînt consacrate tratamentului: 2,3%[141]!

În cartea lui autobiografică, *Une saison chez Lacan*, jurnalistul şi scriitorul Pierre Rey, care a fost una dintre vedetele Parisului monden, îşi povesteşte cei zece ani de psihanaliză. Cartea lui este pasionantă, deoarece ne ajută să înţelegem cum a funcţionat incredibilul snobism din epocă în jurul „necesităţii unei

analize la Lacan". Însă ea arată şi cum, la acea vreme, nici măcar nu se punea problema unei vindecări: „S-o mărturisesc astăzi mă face să zîmbesc: sînt mereu la fel de fobic. Dar, între timp, am negociat cu fobiile mele. Sau nu mă mai pun în situaţia de a le încerca, sau, dacă trebuie, le suport cu resemnarea enervată pe care o solicită fatalităţile exterioare[142]".

Mulţi analişti recunosc în prezent că, dacă dorinţa pacientului este de a nu mai suferi de simptomele lui fobice, atunci analiza nu este o soluţie care merită propusă în primă fază. Mulţi, dar nu toţi... Îmi amintesc de un pacient care-mi spunea: „Îi port pică psihanalistului, mi-a stricat analiza. Ar fi putut fi pasionant de la un capăt la altul, însă în trei sferturi din timp mă cuprindeau din nou fricile, eşecurile, evitările, frustrările mele legate de fobie. În vreme ce în zece luni de tratament la dumneavoastră, am făcut răul să dea înapoi. De ce nu m-a orientat spre dumneavoastră încă de la început, astfel încît să-mi conduc corect psihanaliza, de care aveam nevoie, de altfel?"

Cealaltă problemă cunoscută de terapiile de inspiraţie psihanalitică este, poate, legată de lipsa lor de evoluţie de multă vreme, ca şi cum au încremenit în respectul unei dogme care n-ar fi trebuit să fie decît un punct de plecare. Cîteva tentative foarte interesante au fost făcute în aceşti ultimi ani pentru a inventa noi forme de terapie bazate pe modelul psihanalitic[143].

Toate drumurile duc la Roma, dar mai repede sau mai încet...

Opunem adesea psihanaliza terapiilor comportamentale şi cognitive. De fapt, acestea din urmă s-au dezvoltat şi ele ca reacţie la o anumită concepţie „apatică" a psihoterapiei, văzută ca o serie de întîlniri în care un terapeut lasă, pur şi simplu, un pacient să vorbească de trecutul lui, fără să ştie prea bine unde-i va conduce acest demers. Pentru comportamentalişti, „psihoterapia nu trebuie să fie o tehnică nedefinită, adresîndu-se unor probleme neprecizate, cu rezultate nemăsurabile[144]". Or asta este adesea ceea ce li se propune multor pacienţi fobici, postulatul implicit al terapeuţilor fiind acela că vorbitul despre propriile probleme ar trebui deja să aducă o ameliorare. Era, poate, adevărat în urmă cu un secol, în perioada eroică a psihologiei, în care nu se vorbea despre „aceste lucruri". Însă într-o societate ca a noastră, în care cuvîntul a fost mult eliberat, un terapeut demn de acest nume nu se mai poate baza doar pe virtuţile discuţiei şi ale schimbului de idei, cel puţin pentru tratamentul tulburărilor emoţionale din sfera biologiei care pot fi fricile foarte mari.

Unul dintre cei mai buni specialişti mondiali ai fobiilor, englezul Isaac Marks, a făcut într-o zi o comparaţie între problema alegerii unei terapii pentru o tulburare fobică şi aceea a unui itinerar[145]. Alegerea unei terapii este ca alegerea drumului pe care ne vom duce de la un punct la altul, de la suferinţă la lipsa suferinţei, de la sclavie la libertate. Am putea opta să o luăm pe autostradă şi să mergem spre destinaţie fără să privim prea mult peisajul: vom alege atunci pentru a ne trata tehnicile bazate pe expunere. Am putea prefera să urmăm nişte itinerare secundare, drumuri naţionale sau departamentale, mai confortabile şi mai agreabile, dar în mod clar, mai puţin rapide: vom utiliza astfel în special abordări cognitive, relaxare, meditaţie. Ne putem decide, în cele din urmă, s-o luăm pe ocolite, renunţînd la rapiditate în favoarea unei întregi serii de descoperiri efectuate pe drum şi cu riscul de a ne rătăci: este, prin urmare, alegerea psihanalizei.

Prezint adesea această comparaţie pacienţilor mei. Ea aminteşte că metoda care se derulează cel mai repede nu este neapărat cea mai plăcută, nici cea mai instructivă despre propria persoană. Ea aminteşte şi că toate terapiile pot conduce la vindecare, cum se spunea altădată că „toate drumurile duc la Roma". Alegerea unei căi lente ori a unui drum ocolit este cu atît mai legitimă, cu cît temerile fobice sînt mai puţin severe şi pacienţii sînt mai puţin presaţi sau au alte aşteptări în paralel („reglarea relaţiilor mele dificile cu trecutul meu").

Însă putem privi problema şi altfel: alegerea celor mai scurte şi mai eficace terapii va fi soluţia preferată pentru majoritatea pacienţilor, deoarece fricile patologice sînt o suferinţă, iar suferinţa ne izolează adesea de lume. Şi o terapie nu trebuie să rămînă decît o etapă din viaţă în loc să reprezinte un scop al ei. Pentru a profita de viaţă, nu avem nevoie de un terapeut alături...

CAPITOLUL 6

Frici şi fobii: un pic de istorie şi un portret de familie

Cei trei muşchetari erau patru. Există, în egală măsură, trei categorii mari de frici... Plus o a patra.

În primul rînd, frica de tot ceea ce reprezintă mediul nostru natural, precum animalele, înălţimile, apa, întunericul şi încă multe alte lucruri. Apoi fricile sociale, frica de priviri, de judecăţi, de comunicare cu semenii noştri. În sfîrşit, frica, adesea panica, starea de rău dacă sîntem închişi, dacă ne simţim înghesuiţi, dacă ne aflăm departe de casă: vorbim deci despre claustrofobie sau de agorafobie. A patra familie o reprezintă toate celelalte frici, pe care le vom aborda la finalul acestei cărţi. Dar oricare ar fi teama de care suferiţi, nu mai lăsaţi pe nimeni să vă spună că sînteţi nevrotic: nevroza nu mai există. Sînteţi, pur şi simplu, o persoană care suferă de teamă excesivă...

„Cel ce sapă o groapă poate să cadă în ea şi cel ce dărîmă un zid poate fi muşcat de şarpe.
Cel ce sfărîmă pietre se poate răni cu ele, iar cel ce despică lemne se primejduieşte."
Ecclesiastul, 10:8, 10:9

În Europa creştină a Evului Mediu, teama era considerată necesară, iar Sfîntul Augustin amintea că teama de pedeapsa divină era o favoare. Eram atunci sensibili la virtuţile fricii, care îndepărta oamenii de pericole, şi mai ales de păcate. În prezent societatea noastră mai hedonistă şi individualistă percepe mai degrabă teama ca pe o piedică: ea este, după măştile pe care le va pune, ceea ce ne împiedică să ne apropiem de alţii, să călătorim, să descoperim, să ne destindem, să ne atingem scopurile, pe scurt, să profităm de viaţă[146].

Dar oricare ar fi judecata morală sau religioasă pe care o emitem asupra ei, teama a existat întotdeauna şi a provocat mereu suferinţă.

Găsim, bineînţeles, descrieri de frici excesive şi de fobii încă din Antichitate. În Biblie, un pasaj al Ecclesiastului redă astfel o descriere de agorafobie: „... şi te scoli la ciripitul de dimineaţă al păsării şi se potolesc toate cîntăreţele; şi te temi să mai urci colina şi spaimele pîndesc în cale..." Hippocrate, dar şi Descartes şi Pascal, scriau în operele lor despre temerile iraţionale ale unora dintre contemporanii lor. În Eseuri[147], Montaigne descria cum „noi asudăm, tremurăm, pălim şi ne înroşim la zguduirile închipuirilor noastre...", în vreme ce Robert Burton relata cazul „cuiva care nu îndrăznea să iasă din casă de teamă să nu leşine sau să moară", în cunoscuta lui lucrare Anatomia melancoliei, publicată în 1621[148]. Filosoful englez John Locke a fost primul care a descris în 1690 mecanismele de formare ale unei fobii, în vreme ce chirurgul francez Le Camus propunea o clasificare a lor în 1769[149]. De-a lungul secolelor, observaţiile medicale sau relatările literare vor revela cu regularitate cazul pacienţilor care manifestau o teamă anormală în anumite circumstanţe.

În secolul al XlX-lea, primele fobii vor fi analizate în termeni „moderni", în urma descrierii agorafobiei de către Westphall în 1871. O avalanşă de neologisme greceşti le permitea la acea vreme psihiatrilor să numească toate tipurile de fobii, într-un spirit foarte entomologist. Unele dintre aceste neologisme au îmbogăţit ideologia socială a epocii în care au apărut. Vezi în acest sens fobia de captivitate, sau „drapetomania" (din grecescul drapeta - sclav evadat) care se manifesta printre sclavii negri din sud-estul Statelor Unite în secolul trecut150...

Încă din 1896, Theodule Ribot, unul dintre strămoşii psihologiei franceze, nota în faţa acestei manifestări violente în masă[151]: „... O adevărată inundaţie de fobii, avînd fiecare numele ei special... Orice manifestare morbidă a fricii este imediat denumită printr-un termen grecesc sau considerat ca atare..."

Şi Freud ironiza acest aspect în Introducere în psihanaliză[152] „Această serie de fobii prezentate sub dichisite nume greceşti... seamănă cu enumerarea celor zece plăgi ale Egiptului, cu diferenţa că fobiile sînt mult mai numeroase."

Freud a propus atunci o clasificare proprie a stărilor anxioase - nevroză fobică, nevroză obsesională, nevroză de angoasă - care a traversat în ritm alert secolul pînă în anii '70. Din acel moment, după ce a oferit servicii bune şi loiale, venerabila terminologie freudiană a început să intre într-un con de umbră, în urma lucrărilor unor psihiatri precum americanul Klein[153], care demonstra eficacitatea anumitor antidepresive în tratarea tulburării de panică, sau a sud-africanului Wolpe[154] şi a englezului Marks[155], care puneau la punct primele terapii comportamentale cu rezultate pozitive asupra tulburărilor fobice.

Fobia nu este o nevroză

„Nevrozele fobice", termen al cărui uz este în prezent în declin, erau numite iniţial în terminologia psihanalitică „isterii de angoasă", ceea ce le sublinia natura sexuală. În opinia psihanaliştilor, fobiile erau, aşadar, expresia unui conflict inconştient (care trebuia mai întîi rezolvat pentru a pretinde că simptomele au dispărut) şi reprezentau şi o apărare împotriva fricilor mai severe (şi din acest motiv, simptomele acestea trebuiau să fie „respectate", cu riscul de a vedea subiectul eliberat de fobia lui suferind o decompensare şi mai gravă). Cu toate că revoluţionară la vremea ei, la sfîrşitul secolului al XlX-lea, şi deşi a condus la apariţia psihoterapiei moderne, această viziune despre fobii a îmbătrînit. În parte, din cauza slabelor rezultate ale terapiilor de inspiraţie analitică în tulburările fobice, dar şi din cauza rezultatelor clare şi durabile, fără reapariţia şi fără substituirea simptomelor, ale terapiilor comportamentale, cu baze teoretice radical diferite.

Cîteva frici şi fobii originale

Avidă de neologisme provenite din greacă, psihiatria secolului al XlX-lea a stat la originea unei abundenţe de apelative savuroase, specifice fiecărui tip precis de fobie:

Acrofobie: teamă de înălţimi (akron: cel mai înalt), echivalentă cu kenofobia (kenos: vid) şi fără îndoială cu cremnofobia (teama de abisuri) şi orofobia (teama de locuri în pantă şi munţi).

Aviofobie: teama de a călători cu avionul.

Algofobie: teama de durere.

Coprastasofobie: teama de constipaţie.

Astrafobie: teama de fulgere, adesea asociată cu brontofobia (teama de trăsnet) şi keraunofobia (teamă de furtuni).

Hematofobie: teama de sînge, apropiată de creatofobie (fobia de carne) şi de aicmofobie (teama de ace şi înţepături).

Monofobie: teama de a rămîne singur.

Oicofobie: teama de a se întoarce acasă (oikos: casă) după o spitalizare.

Zoofobie: teama de animale. Ea poate cuprinde ornitofobia (teama de păsări), ailurofobia (teama de pisici), cinofobie (teama de cîini), musofobie (teama de şoareci), arahnofobie (teama de păianjeni") etc. Tricofobia este teama de păr şi pterofobia, cea de pene.

Fobofobia: teama de a resimţi frica.

Siderodromofobie: teama de călătoriile cu trenul (etimologic: „drum de fier").

Tafofobie: teama de a nu fi îngropat de viu.

Şi dacă această listă v-a indispus, poate sînteţi afectat de o helenologofobie (hellenos: grec, şi logos: cuvînt): teama de termenii greceşti utilizaţi pentru a face pe savantul...

Una dintre constatările care mă va influenţa cel mai mult în domeniul practicii mele psihoterapeutice cu persoanele fobice este aceea că sînt cel mai adesea normale... în afara fobiilor lor, desigur! De aceea nu-mi place deloc vechiul mod în care li se desemnau tulburările prin termenul de „nevroze fobice".

Cred că este preferabil să se renunţe la acest apelativ de „nevroză" din două motive. Primul este că acela conform căruia cuvîntul „nevroză", după ce a fost un termen medical (neologism inventat în secolul al XVIII-lea de medicul scoţian William Cullen), a devenit o judecată de valoare. Vorbim astăzi despre o persoană „nevrotică" pentru a desemna pe cineva complicat, care se ascultă prea mult. La un moment dat, ideea psihiatrică preconcepută ajungea să pună diagnosticul de „nevroză isterică" oricărei femei deprimate sau anxioase. Unul dintre prietenii mei psihiatri spunea glumind: „N-am întîlnit nici odată o pacientă isterică. Am văzut doar femei nefericite." Al doilea motiv care trebuie să ne facă prudenţi în privinţa „nevrozei" este că termenul acesta pare strîns asociat cu teoria freudiană a fobiilor, astăzi respinsă sistematic. Nu toate intuiţiile lui Freud erau false, însă multe erau. Este normal să-l respectăm ca personalitate istorică, însă nu să continuăm să-i urmăm orbeşte preceptele şi să recurgem în mod repetat la scrierile lui sau la cele ale discipolilor săi, conform sintagmei recurente: „Freud a scris-o, Lacan a spus-o". Freud dorea să întemeieze o ştiinţă. Din păcate, a generat la unii dintre discipolii săi şi o viziune religioasă a psihoterapiei: scrieri sacre, sacrilegii, excomunicări, războaie religioase... Însă toate astea nu se rezumă decît la mica lume a terapeuţilor şi n-ar trebui să interfereze cu ajutorul care trebuie oferit persoanelor fobice.

Iată ce le amintesc pacienţilor mei în legătură cu tulburarea lor: „Nu sînteţi nevrotici. Nu sînteţi fobici. Sînteţi nişte persoane care suferă de fobii. Cum există oameni care suferă de diabet sau de hipertensiune. Nu vă pierdeţi timpul încercînd să aflaţi de unde vine asta şi de ce sînteţi aşa. Trebuie s-o faceţi, deoarece este important de ştiut de unde ne vin suferinţele, pentru a evita să ne reproducem întruna greşelile, dar nu trebuie să insistăm la nesfîrşit. Important este să ştiţi că aveţi această fragilitate şi că va trebui să aflăm împreună cum s-o facem să se diminueze. Uneori, va fi posibil s-o suprimaţi: nu veţi mai fi fobic. Alteori, nu vom putea decît s-o facem să se atenueze: veţi fi, pur şi simplu, mai îngrijoraţi ca media populaţiei, dar capabili, totodată, să înfruntaţi situaţia care vă provoca teamă înainte. De exemplu, pentru o fobie de zbor aerian, veţi putea lua avionul din nou, dar nu veţi fi complet relaxat în timpul zborului, de altfel, la fel ca multe alte persoane din habitaclu! Pe scurt, este întotdeauna posibil să vă reduceţi fricile fobice la nivelul de frici normale; nu-i mereu posibil să le faceţi să dispară".

Însă cererea pacienţilor se exprimă rareori sub forma unei dorinţe de a scăpa definitiv de frică. N-am avut nici odată pacienţi cu fobie de avion veniţi să mă vadă pentru că voiau să devină piloţi de linie... Doreau doar să ia avionul cu un nivel de frică rezonabil.

Cele trei categorii de fobii

La ora actuală clasificarea ştiinţifică a fobiilor, cea mai larg utilizată de echipele de cercetare din lumea întreagă[156], separă fobiile în trei grupe principale, provenite fiecare dintr-un tip destul de precis de frici:

● *Fobiile specifice* grupează, în special, fobiile de animale, de elemente naturale, de sînge şi răni. Aceste fobii, numite înainte „fobii simple", induc o deficienţă destul de limitată, deoarece comportamentele de evitare care le sînt asociate rămîn compatibile cu o viaţă aproape normală.

● *Fobiile sociale* constau într-o frică intensă de privirea şi de judecata altuia. Aceste fobii sînt adesea considerate drept cele mai invalidante, fiindcă evitările sociale privează persoana fobică de un număr mai mare sau mai mic de activităţi relaţionale, esenţiale echilibrului şi dezvoltării sale personale.

● *Tulburarea de panică* însoţită de agorafobie este evidenţiată de teama de a simţi un disconfort, mai ales în anumite locuri publice. Ea creează un mare impediment, întrucît violentele şi destabilizantele ei crize de angoasă induc foarte repede evitări care subminează capacităţile de autonomie ale persoanei fobice: orice deplasare în afara casei poate deveni astfel o problemă.

Aceste două ultime categorii, fobii sociale şi tulburare de panică, sînt numite şi „fobii complexe", deoarece, spre deosebire de „fobiile simple" sau specifice, ele pot apărea în contexte variate şi subtile. Şi, mai ales, ele nu se lasă controlate cu uşurinţă de pacienţi: aceştia pot întotdeauna evita să întîlnească porumbei sau să fie confruntaţi cu locuri situate la înălţime. Este mult mai dificil să-ţi eviţi semenii sau să eviţi să ieşi din casă... Aşa se explică, vom vedea, cel mai mare număr de complicaţii asociate acestor fobii complexe, precum depresia, recurgerea la alcool şi numeroase alte efecte negative asupra calităţii vieţii...

Vom aborda, în sfîrşit, într-un ultim capitol frici şi fobii mai rare ca precedentele, precum şi un anumit număr de tulburări psihologice cărora li s-a atribuit apelativul de „fobie", deşi ele au nişte mecanisme psihopatologice diferite.

Tentaţia este mare în realitate, pentru psihiatri şi psihologi, dar şi pentru marele public, de a lipi cuvîntul „fobie" unei rădăcini greceşti în scopul de a indica nişte temeri şi aversiuni diverse: xenofobia sau homofobia desemnează mai mult nişte aversiuni sau neîncrederi faţă de străini sau homosexuali decît nişte temeri sau panici. Triskaidekafobia trimite mai mult la o teamă superstiţioasă de cifra 13 decît la o fobie autentică. Referitor la neofobie, frecventă la copii sau la persoanele în vîrstă, ea face mai mult referinţă la aversiunea pentru orice formă de schimbare (alimentară, relaţională sau de alt tip) decît la o nevoie de a fugi din faţa noutăţii.

Alegerea cuvîntului „fobie" este legată, fără îndoială, de nevoia pe care o avem de a utiliza un termen general pentru a desemna toate emoţiile asociate cu dorinţa de a ne feri de ceea ce, în mintea noastră, ni se pare, în mod greşit sau pe bună dreptate, neplăcut sau îngrijorător. Aşadar, atenţie dacă sînteţi heptafob: vom aborda în continuare capitolul 7...

CAPITOLUL 7

Frici şi fobii „simple": animale, avion, sînge şi apă...

Aceste frici naturale care ne încolţesc nu sînt „simple" decît în nomenclaturile psihiatrilor. Simplu de înţeles, fără îndoială: ne este foarte frică de ceva şi facem totul pentru a evita lucrul respectiv.

Însă simplitatea se opreşte aici. Aceste frici, dacă sînt excesive, ne complică în mod considerabil existenţa: tergiversări, renunţări, subterfugii...

Ele pot, uneori, să ne pună sănătatea în pericol, cum este cazul fobiei de sînge şi de înţepături. Însă ele nu ne ameninţă, în general, supravieţuirea: ne alterează - pur şi simplu - calitatea vieţii.

Din fericire, există soluţii - simple - în faţa acestor mari frici de lucruri naturale. Atît de simple, încît uneori terapeuţii le uită...

„Căzusem pradă unor mari frămîntări: cîteva gînduri stăruitoare
şi foarte intense îmi viciau tot restul minţii şi al lumii."
Paul VALERY, Ideea Fixă

Primul lucru pe care-1 face Francesca, intrînd în biroul meu, este să privească ferestrele. Faţa ei neliniştită s-a relaxat imediat ce a văzut că erau închise. Era prima dată cînd venea să mă consulte, în dimineaţa aceea de iulie. Ca întotdeauna în Toulouse, era foarte cald atunci. Şi, de aceea, ferestrele rămîneau adesea deschise. Însă nu în cabinetul meu: pentru a putea lucra fără să fiu copleşit de căldură, tocmai îmi cumpărasem - în ajun! - un mic aparat de climatizare. Acest mic detaliu i-a permis Francescăi să-mi relateze în linişte povestea ei, fără să se teamă că un porumbel va intra brusc în încăpere. Fiindcă asta era problema ei: teama de porumbei.

Francesca era o femeie tînără şi planturoasă de 27 de ani, căsătorită cu un inginer italian venit să lucreze în Toulouse pentru doi ani, în industria aeronautică. Încă din copilărie, Francesca a avut o teamă nejustificată faţă de păsări. Prima ei amintire în legătură cu acest subiect este destul de precisă: la vîrsta de 3 sau 4 ani, era supravegheată în timpul zilei de o mătuşă care creştea numeroase păsări în cuşti. Această bătrînă doamnă, adeptă a metodelor pedagogice de stil vechi, o ameninţa adesea că, dacă nu-şi mînca supa, deschidea cuşca pentru ca păsările să vină să-i ciupească urechile şi s-o tragă de păr... într-o zi, insensibilă la ameninţările mătuşii, Francesca a rezistat, iar mătuşa ei s-a dus, într-adevăr, să caute o turturea ca s-o înspăimînte: însă pasărea scăpat şi a zburat în toată încăperea, ciocnindu-se de pereţi şi de ferestre, provocîndu-i fetei o stare de panică şi o sperietură mătuşii. Din acea zi, Francesca nu mai suporta prezenţa păsărilor, nici măcar în cuşcă, într-o duminică, părinţii ei s-au întors de la piaţă cu un pui viu, cîştigat în timpul unei tombole, care a terorizat-o pe Francesca pînă cînd pasărea a dispărut. În copilărie şi în adolescenţă, a făcut obiectul numeroaselor glume din partea anturajului în legătură cu acest subiect. Unul

dintre fraţii ei mai mari i-a oferit chiar într-o zi un cadou fals, în realitate o cutie în care era închisă o pasăre: aceasta din urmă a zburat cînd Francesca a deschis pachetul...

Odată devenită adultă, ea a reuşit să-şi organizeze viaţa ca să nu fie nevoită să înfrunte păsări. Soţul ei, care ştia de această fobie, i-a acceptat evitările. Dar cînd el a fost transferat la Toulouse ca să conducă un proiect aeronautic, Francesca a descoperit cu groază prezenţa a numeroşi porumbei în centrul oraşului, unde se afla locuinţa lor de serviciu. Fobia ei a luat atunci un nou avînt, centrată, în principal, pe teama de porumbei.

Cînd s-a prezentat la consultaţie, se simţea uşor deprimată din cauza izolării ei în Franţa şi foarte afectată de fricile ei. Nu mai putea vedea o imagine a unei păsări, într-o carte sau o revistă, cu atît mai puţin la televizor, fără să simtă accelerarea angoasei.

Trebuia să evite anumite cartiere din centrul oraşului, pline cu porumbei, şi nu-şi putea duce copiii în parc, pentru că persoanele în vîrstă le dădeau păsărilor de mîncare. Nu putea folosi bancomatul de la scara blocului, fiindcă trotuarul era în permanenţă ocupat de porumbei.

„Sînt dezgustată mai ales de aspectul lor fizic: ochiul fără pleoapă, înspăimîntătoarele lor labe roşii şi ghearele murdare, zgomotul de «clac-clac» al zborului. De ce îmi este teamă mai exact? Nu ştiu bine. Poate că-mi sparg un ochi cu ciocul, zburînd ca să scape, sau îşi încurcă labele în părul meu şi înnebunesc, atît sînt de proşti. Mă dezgustă, de asemenea, faptul că nu-mi pot imagina contactul cu penele lor. Cel mai des, am o teamă reflexă, care se declanşează atît de repede încît n-am timp s-o conştientizez."

Deodată, am văzut-o pe Francesca albindu-se şi oprindu-se din vorbit. Fixa un punct în spatele meu: un porumbel s-a aşezat pe balustrada ferestrei şi ne observa cu un ochi rotund, întorcîndu-şi capul în dreapta şi-n stînga. Fereastra era închisă, însă Francesca începea să se sufoce. Asistam la un debut de panică în direct. M-am ridicat ca să alung zburătoarea. Anxietatea Francescăi nu avea nimic simulat: cînd i-am luat pulsul, acesta era peste 140! După incident, a izbucnit în lacrimi: „Este absurd, este o prostie, aţi văzut în ce stare ajung! Şi în plus, fereastra dumneavoastră era închisă! Dacă ar fi fost deschisă, aş fi plecat alergînd, îmi este imposibil să mă controlez".

A început apoi să-mi povestească viaţa ei fobică: „Sînt la mila a mii de porumbei, unul mai imprevizibil decît altul. Nu sînt liniştită decît noaptea, cînd ei dorm. În călătoria mea în luna de miere în nordul Italiei, n-am vizitat Veneţia decît by night... Cînd am fost obligată să merg acolo unde porumbeii sînt stăpîni, am fost nevoită să recurg la toate subterfugiile imaginabile pentru a evita contactul cu ei: m-am fofilat în mijlocul oamenilor, pe care-i utilizam ca scuturi umane. Nici odată nu port o valiză sau genţi, ca să-mi păstrez mereu mîinile libere şi să mă apăr dacă un nor de porumbei s-ar abate asupra mea. De îndată ce apar cîţiva nori, invoc pretextul riscului de aversă ca să iau cu mine o umbrelă, pe care să o folosesc în caz de atac... Toate astea sînt absurde şi umilitoare. Dar e ceva mai puternic ca mine. Mă puteţi ajuta?"

Vă voi povesti, desigur, cum şi-a depăşit Francesca fobia. Dar să ne axăm asupra acestor frici şi fobii numite „specifice"....

Frici intense şi fobii „specifice"

Această categorie de frici este, fireşte, cel mai simplu de înţeles: o persoană se teme teribil de ceva anume şi face totul ca să-1 evite.

Obiectele sau situaţiile care pot fi o sursă de frici specifice sînt multiple, însă în mare le putem regrupa în patru tipuri mari: frici de animale, de elemente naturale, de situaţii, de sînge şi răni. Le vom detalia în continuare.

Să amintim că aproximativ o persoană din două suferă de frici excesive şi invalidante de acest tip. În acest context, apelativul „specific" desemnează faptul că fricile sînt, în general, destul de circumscrise: în afară de momentele de confruntare cu ce anume îi provoacă frică sau de anticiparea lor imediată, persoana se simte în siguranţă. Anterior, aceste frici şi fobii se numeau „simple" din cauza contextului lor limitat. Dar în realitate, ele pot uneori să complice considerabil viaţa persoanelor care sînt afectate de ele.

La fel ca în cazul altor forme de frici excesive, problema pragului dintre frici normale şi frici fobice se bazează pe mai multe elemente: intensitatea emoţiei de frică resimţită (pînă la atacul de panică în fobii),

nevoia imperioasă de a fugi de ce ne temem (şi nu doar o simplă jenă de a înfrunta lucrul respectiv) şi, totodată, dinamica autoagravantă în fobii (timpul care trece şi confruntările care se repetă nu aduc ameliorări). Este necesar să definim asemenea criterii de prag între frici normale şi frici maladive, dar realitatea este cu totul alta: nu există o frontieră clară şi se estimează că fricile intense reprezintă o deficienţă aproape echivalentă cu cea a fobiilor, chiar dacă ele nu ating toate criteriile pentru a primi acest diagnostic medical.

Potrivit studiilor şi instrumentelor de evaluare, aproximativ 10-20% dintre persoanele din ansamblul populaţiei suferă de fobii specifice[157]. Aceste tulburări fobice afectează, în general, de două ori mai multe femei decît bărbaţi, cu excepţia fobiei de sînge şi răni, unde există egalitate între sexe[158].

Principalele tipuri de frici şi fobii specifice

Frici şi fobii de animale	**Păsări (porumbei mai ales), insecte (păianjeni, gîndaci de bucătărie şi viespi), cîini, pisici, şerpi...**
Frici şi fobii de elemente naturale	**Apă, înălţimi, furtuni, întuneric...**
Frici şi fobii de situaţii	**Claustrofobie (spaţii închise, ascensoare, magazine arhipline, tuneluri...).** **Mijloace de transport (avion, tren, maşină).**
Frici şi fobii de sînge şi răni	**Înţepături, luări de sînge, lucrări dentare...**

Fricile şi fobiile specifice sînt, fără îndoială, cele care apar cel mai devreme în viaţă. Adesea, reacţia de teamă excesivă este prezentă încă de la prima confruntare. Mai rar, există evenimente de viaţă precise care stau la originea fobiei. Însă ele pun problema terenului vulnerabil: într-adevăr, o teamă excesivă de cîini poate apărea, desigur, după o muşcătură, dar nu toţi copiii muşcaţi capătă o fobie de cîini... Rezultatele pentru cea mai mare parte a studiilor pledează în favoarea unei influenţe genetice importante în cazul acestor fobii specifice, întărite secundar de evenimentele de viaţă şi modelele parentale (unul din cei doi părinţi are adesea aceleaşi frici).

Există şi anumite variaţii de intensitate în funcţie de vîrstă: astfel, fricile de animale sînt mai puternice şi mai neliniştitoare la persoanele tinere, pe cînd cele ale zborurilor cu avionul urmează sensul invers şi se agravează cu timpul. Sînt mai multe explicaţii, însă cea mai probabilă este aceea că e mai uşor să ne îmblînzim puţin cîte puţin fricile de animale: ne putem controla durata de confruntare cu poze, filme, animale adevărate, în cuşcă sau sub un glob din sticlă. În cel mai rău caz, fugim dacă dăm peste unul cînd nu ne simţim pregătiţi să ne întîlnim cu el!

În schimb teama de avion este mai mult o frică de tipul totul sau nimic: nu poţi să începi cu cinci minute de zbor prima dată, apoi zece, pe urmă cincisprezece... În avion, zbori sau nu, iar, după decolare, nu se mai pune problema să sari, chiar şi cu paraşuta...

Toate fricile excesive care nu permit înfruntări progresive şi constante au în mod natural tendinţa să se agraveze, fiecare confruntare, în mod obligatoriu rară şi intensă, fiind un traumatism în plus. Vom vedea că tocmai acesta este cazul, de exemplu, şi pentru anumite fobii ale luării cuvîntului în public.

► Sînt fobiile specifice nişte maladii?

Odată ajunse în stadiul de fobie, aceste frici specifice nu induc, în cea mai mare parte a timpului, decît o deficienţă limitată: evitările pe care le impun nu împiedică, cel mai adesea, persoanele care suferă de ele să ducă o viaţă aproape normală. De aceea, aceşti fobici vin să consulte psihiatrii sau psihologii mai rar decît ceilalţi (ca agorafobii sau fobicii sociali).

Printre factorii care îi fac pe pacienţi să vină la consultaţii în fobiile specifice, găsim[159]:

● O fobie de cîini, pisici, ascensoare sau diferite mijloace de transport. Adică cererea de terapii este legată de frecvenţa întîlnirilor cu ceea ce le provoacă frică. O fobie de canguri n-ar trebui să vă conducă la terapie în partea asta a globului.

● Existenţa mai multor fobii în acelaşi timp. Această situaţie ipotetică este destul de frecventă şi agravează traiul cotidian.

● Declanşarea unor atacuri de panică foarte violente în situaţiile temute, pînă în punctul în care apare teama de pierdere a raţiunii sau de a avea un infarct din cauza lor.

Cel mai des, ne vedem pacienţii venind la consultaţie în urma unei schimbări care perturbă organizarea modului de viaţă al persoanei care suferă de frici excesive: unei persoane cu fobie de avion, care călătorea pînă atunci cu maşina sau cu trenul, i se propune o promovare internaţională implicînd deplasări frecvente cu avionul. O tînără cu fobie de sînge, care fugea de înţepături şi analize sanguine, şi-a întîlnit bărbatul vieţii şi vrea să aibă un copil, de unde şi necesitatea examenelor medicale. O persoană cu fobie de porumbei tocmai s-a mutat şi descoperă că strada pe care va locui este infestată de porumbei, atraşi de persoanele în vîrstă din cartier care le hrănesc. O altă persoană, cu fobie de şerpi, este invitată la o călătorie într-o ţară tropicală...

► Puţină ştiinţă în legătură cu fricile şi fobiile specifice

Fobicii amplifică, în general, caracteristicile îngrijorătoare ale lucrurilor care le provoacă frică. În ochii lor, toţi păianjenii sînt enormi şi foarte rapizi, cea mai mică pantă este vertiginoasă etc. Aceste erori perceptive[160] sînt, în mod evident, legate de intensitatea temerilor lor; ele trădează, poate, reapariţia, în acele momente în care se simt ameninţaţi, a unui mecanism de supravieţuire de tipul „efect de lupă" cu o amplificare automată a pericolului. Oricum ar fi, anturajul nu trebuie nici odată să uite că, de îndată ce este vorba despre friciie lor, fobicii nu evoluează deloc în aceeaşi lume ca non-fobicii. Un salt într-un bazin de la doi metri îi provoacă aceleaşi spaime unui acrofob ca dumneavoastră de la zece metri înălţime. După terapie, aceste erori perceptive dispar.

Astfel de distorsiuni nu se limitează la nişte chestiuni de mărime . sau de înălţime: apropiindu-se de animalele temute, zoofobul le „vede" alergînd spre el şi le „simte" tactil. Aplecîndu-se în gol, acrofobul simte că se prăbuşeşte... Aceste activări senzoriale confirmă rolul imaginarului în fricile fobice, însă ele se găsesc şi în imagistica cerebrală, care sugerează o activare a ariilor corticale, mai ales cortexul vizual, mult dincolo de clasica zonă limbică, sediul emoţiilor anxioase[161]. La cei cu fobie de animale, mai ales de păianjeni, insecte sau şerpi, activarea cortexului temporal anterior, numit „somato-senzitiv", pare să indice implicarea senzaţiilor tactile asociate cu teama simţită.

În sfîrşit, fobicii procedează adesea la o decontextualizare a informaţiilor: concentrîndu-se adică numai pe ce le provoacă frică, uită să vadă ce-i poate linişti[162]. Astfel, în faţa unui cîine, nu vor fi neapărat liniştiţi de faptul că patrupedul este de talie mică, ţinut în lesă sau că are un aer prietenos. Toate aceste elemente contextuale nu vor cîntări greu în faţa stimulului central: prezenţa sau absenţa cîinelui. Cu cît fobia este mai severă, cu atît această funcţionare „totul sau nimic" este mai flagrantă: de unde şi creşterea angoasei pînă la menţionarea unui simplu cuvînt sau a unei banale imagini a lucrului de care ne este teamă. Creierul nostru raţional ştie că nu există pericol real, dar amigdala noastră cerebrală, care reacţionează mai repede, a tras deja semnalul de alarmă...

Frici şi fobii de animale

„Doar sus de tot, apropiindu-se de al şaselea etaj, i se strînse inima gîndindu-se la punctul final al traseului: acolo sus, porumbelul, bestia atroce, îl aştepta. Urma să-l găsească aşezat în capătul culoarului, pe labele roşii şi îndoite, înconjurat de excremente şi de tuleie plutind în jur, stînd acolo să-l aştepte, cu ochiul înfiorător de gol, şi şi-ar lua zborul bătînd din aripi şi l-ar atinge uşor, pe el, pe Jonathan, iar lui i-ar fi imposibil să se ferească, în culoarul strîmt... Îşi aplecase capul într-o parte şi-l fixa pe Jonathan cu ochiul stîng. Ochiul acesta, un mic disc rotund, căprui, cu un punct negru în centru, era înspăimîntător de privit... Primul lui gînd a fost că urma să aibă un infarct sau un atac, sau cel puţin o sincopă... Atunci auzi din nou,

fără nici o urmă de îndoială, un fîlfîit de aripi scurt şi sec, şi în acel moment îl cuprinse panica... Îi era totuna, nu voia decît să plece, să plece."

În romanul *Porumbelul*, scriitorul german Patrick Süskind descrie o halucinantă poveste de frică excesivă de porumbei care a afectat un bărbat de 50 de ani. Relatarea lui subliniază grăitor în ce măsură fobiile ne sînt apropiate: fricile noastre banale ne ajută să le înţelegem. Şi cît de îndepărtate se pot dovedi de propriile noastre reacţii: fobia lui Jonathan, eroul lui Süskind, va atrage după sine marginalizarea socială şi idei suicidale, care, din fericire, vor dispărea la fel de misterios pe cît apăruseră.

Larg reprezentate în cinematografe (*Păsările*, *Fălci*, *Arahnofobia*...), fricile excesive de animale sînt cele mai frecvente fobii, mai ales la femei, care reprezintă 75 pînă la 90% dintre subiecţii zoofobi. Printre animalele considerate cel mai adesea surse de frică se numără insectele, şoarecii şi şerpii. Fobiile de păsări, cîini, pisici şi cai sînt, de asemenea, întîlnite frecvent. Temerile legate de aceste fobii sînt fie cele ale unui atac iniţiat de animal (muşcătură sau înţepătură), fie asociate cu un sentiment de dezgust şi de repulsie. Studiile comparînd mai multe culturi au ajuns la concluzia că sentimentele de dezgust ar fi şi mai răspîndite decît cele de frică[164]: de exemplu, indienii se tem mai puţin de păianjeni ca occidentalii, dar manifestă acelaşi dezgust.

Trebuie specificat că nu se vorbeşte despre fobii decît în legătură cu teama de animale nepericuloase; fricile induse de animalele obiectiv periculoase (tigri, crocodili, rechini...) sînt estimate în toate culturile ca normale şi utile.

În Occident, deficienţa legată de fobiile de animale este cel mai adesea moderată, cel puţin în mediul urban. Cu toate astea, există un sentiment de disconfort mai ales în cazul fobiei de cîini sau de păsări (porumbei în special) care va împiedica plimbările citadinilor, sau al fobiei de insecte, care-i va face să evite natura şi casele de ţară!

Istoria abundă de personalităţi cu fobie de animale: împăratul roman Germanicus nu suporta cocoşii, astronomul Tycho Brahe se temea de vulpi şi iepuri, Ambroise Pare leşina la vederea anghilelor, iar Napoleon Bonaparte avea fobie de pisici, la fel ca vechiul său inamic, Wellington. Poetul Ronsard şi-a descris chiar în versuri propria fobie de pisici:

Nu există om pe lume care să urască atît de mult
Pisicile ca mine cu o ură profundă.
Le urăsc ochii, fruntea şi privirea.
Văzîndu-le, fug în cealaltă parte,
Cu nervii, venele şi membrele tremurînd...

Shakespeare a ilustrat şi el teama de animale în comedia Neguţătorul din Veneţia[165]: „Există oameni cărora nu le place să vadă căscînd un porc, alţii care înnebunesc privind o pisică..."

Mi-a fost dat să întîlnesc personaje cu fobii faţă de aproape toate animalele existente. O moderatoare de radio mi-a vorbit într-o zi despre teama ei de crabi, nesuportînd să vadă nici măcar o imagine cu ei. Cei cu fobie de viespi vin adesea la consultaţii vara, pentru că le este greu să-şi ia mesele în aer liber: ca să nu atragă gîngăniile care-i panichează, trebuie să renunţe mai ales la pepeni verzi sau salate de fructe atunci cînd iau masa afară sau la dulceţuri la micul dejun pe terasă. Nu-i uşor! Există chiar personaje fobice faţă de inofensivii fluturi; una dintre pacientele mele afectată astfel se gîndea automat la omizi văzînd un fluture şi începea să se simtă rău.

Un studiu efectuat pe subiecţi suferind de fobii severe de animale a detaliat elementele fricilor lor[166]:

● Mişcarea animalului (77%). Cînd fac exerciţii de expunere cu animale, pacienţii tresar de îndată ce animalul mişcă. Mulţi se tem de zborul în zigzag, imprevizibil, al anumitor insecte.

● Aspectul fizic (64%). Ochiul fără pleoapă al porumbeilor, abdomenele păianjenilor mari, dinţii cîinilor... Cei cu fobie de şerpi reacţionează imediat la forme: o creangă pe sol sau chiar un cordon de halat căzut pe parchet şi sugerînd o formă de reptilă, şi tresar de frică.

● Zgomotul (27%): bătaia aripilor porumbeilor, lătratul cîinilor, zumzetul viespilor...

● În acelaşi studiu, 40% dintre pacienţi declară că se tem, într-adevăr, ca întîlnirea cu animalul să nu genereze probleme serioase (să înnebunească sau să fie atacaţi).

Fobiile de animale sînt adesea foarte specifice: ne este teamă de porumbei, şi nu de vrăbii; de viespi, şi nu de albine. Însă ele sînt uneori generalizate la toţi reprezentanţii unei specii date: păsări, insecte zburătoare sau tîrîtoare.

Frici şi fobii de elementele naturale

La fel ca în cazul fobiilor de animale, subiecţii fobiei de elemente ale mediului natural fac parte mai ales, din rîndul femeilor (75 pînă la 90%). O singură excepţie: fobia de înălţimi (acrofobie) care se manifestă la un procent mai mic de femei (50 pînă la 70%). Principalele elemente fobogene sînt înălţimile şi abisurile, apa, întunericul, furtunile şi tunetul. Şi în acest caz, personaje cunoscute şi-au adus contribuţia la acest tip de fobii: primul împărat roman Octavianus Augustus avea o teamă teribilă de întuneric, iar filosoful englez Francis Bacon era panicat de eclipsele de Lună.

Intensitatea unei asemenea stări nemotivate şi obsedante variază în funcţie de constrîngerile sociale ale subiectului: unui fobie de înălţimi îi este, în general, imposibil să se apropie de o fereastră la etaj, şi chiar mai puţin de un balcon, dar şi să facă o drumeţie la munte sau schi, să treacă pe un pod etc. Teama de abis, numită în mod comun „vertij", afectează aproximativ 12% din populaţie: însă adevăratele acrofobii sînt, fără îndoială, mai puţin numeroase. Această frică, mai mult ca oricare alta, se poate resimţi ; prin intermediar: simpla imagine a unei persoane care se apropie de marginea unui loc înalt ajunge să declanşeze o indispoziţie anxioasă la majoritatea acrofobilor. Mamele nu pot să-şi însoţească, de obicei, copiii în timpul plimbărilor la munte sau pe falezele de la ţărmul mării, în vizitele la castelele fortificate, nici să suporte să-i vadă apropiindu-se de o fereastră sau de un balcon...

Frica de apă este şi ea frecventă: ar afecta 2 pînă la 5% dintre persoane. Induce o oarecare deficienţă în cazul hobby-urilor: piscinele şi ţărmurile devin astfel locuri ameninţătoare; croazierele cu vaporul sînt evitate; băgatul capului sub apă în timpul unei băi sau al unui duş este uneori imposibil. În realitate, aquafobia nu este atît teama de apă, cît teama în apă. Pacienţii pot bea apă fără să se teamă! Însă nu pot suporta ideea de a se scufunda în apă. Îşi imaginează că-şi pot pierde minţile şi se pot îneca foarte uşor[167]. Zborul cu avionul deasupra oceanului le poate declanşa angoase profunde, în schimb, se vor simţi în largul lor deasupra pămîntului.

Iată povestea lui Rosemarie, profesoară de franceză. În vîrstă de 48 de ani, femeia s-a temut întotdeauna de apă. Crescută în mediul rural, n-a văzut marea decît la vîrsta adultă; în copilărie, n-a frecventat nici odată piscina. Nu ştie să înoate. Îi spune medicului că n-a fost nici odată în largul ei pe un vapor: „Cînd mă gîndesc la adîncimea apei de sub picioarele mele, mi se face pielea de găină". În vacanţele sale la mare, nu se îndepărtează nici odată de ţărm şi, în rarele dăţi în care un val a dezechilibrat-o, a simţit o angoasă puternică. Rosemarie a vrut să înveţe să înoate în urmă cu cîţiva ani. Ştie să efectueze mişcările corect, dar n-a acceptat nici odată să se îndepărteze de marginea piscinei: nici nu se pune problema să traverseze bazinul fără să se agaţe de ceva în orice moment. În general, evită să facă o baie dacă este singură în casă, temîndu-se să nu se înece din cauza unei dureri. Însă nici duşurile nu sînt mai confortabile, deoarece nu-i place să aibă capul în întregime sub apă, nici senzaţia de apă care-i intră în urechi, nas, ochi. În viaţa ei n-a băgat nici odată capul complet sub apă. Rosemarie dispune de un foarte important repertoriu de poveşti cu persoane înecate: unul dintre verii ei a pierdut un băieţel înecat în piscina pe care a construit-o, una dintre cunoştinţele ei i-a vorbit despre cineva care s-a înecat pentru că nu a reuşit să se urce din nou în barcă în timpul unei băi în larg etc. Soţul ei şi cu ea au fost invitaţi de nişte vecini apropiaţi să facă o croazieră pe Mediterana vara viitoare, iar ea îşi imaginează că va petrece foarte greu cincisprezece zile pe valuri...

Unul dintre pacienţii mei îmi povestea că mama lui, avînd fobie de furtuni, urca pe toată lumea în maşină pentru a conduce pînă cînd trecea furtuna, pentru că a citit într-o zi că maşinile nu puteau fi lovite de fulger: izolarea pneurilor face din ele ceea ce electricienii numesc „cuşti Faraday". Nu a căpătat fobie de furtuni (a venit la consultaţii pentru altceva), dar era foarte nervos atunci cînd fulgerul cădea şi refuza orice drumeţie pe munte pe timp nefavorabil, pentru a nu fi nevoit să înfrunte o furtună dezlănţuită - un tablou

înspăimîntător, după cum îl descriu unele relatări: „Scîntei de electricitate statică pe pioleţi, asta înseamnă, sigur, stop cardiac!"

Am lucrat totuşi, la cererea lui, asupra fricilor sale, pe care se temea să nu le transmită la rîndu-i copiilor. Munca a constat, în special, în expuneri la bliţuri de aparat foto ascultînd zgomote de furtună înregistrate (da, există şi aşa ceva! există interesul de a trata fobii specifice: asta suscită curiozitatea şi creativitatea...). Am căutat şi toate informaţiile disponibile despre miturile şi realităţile riscului de a fi lovit de fulger, sfaturile de prudenţă în materie. În sfîrşit, am citit relatările despre persoane fulgerate, începînd cu *Aventurile lui Tintin. Cele 7 globuri de cristal...*

Teama de întuneric este, evident, răspîndită la copii, dar fobii autentice de acest tip există şi la adulţi. Aceste persoane nu pot dormi nici odată fără lumină şi se tem, mai ales, să nu se trezească în miezul nopţii în întuneric total. Temerile nu sînt întotdeauna aceleaşi precum cele care-i afectează pe copii: alături de teama de asasini şi alţi hoţi nocturni, există destul de des frici „inexprimabile", fără un conţinut psihic precis, pe care pacienţii le asociază adesea cu frica de moarte. „Ca şi cum m-aş trezi în mormînt", îmi povestea unul dintre ei. Există şi teama de coşmaruri recurente de îndată ce vor adormi, frecventă la victimele traumatismelor. Am avut odată ocazia să întîlnesc un tînăr fobic de întuneric care trăia cu o parteneră ce nu putea să adoarmă decît în întuneric beznă şi linişte totală. Primele lor nopţi împreună au fost un coşmar, pînă au ajuns la un compromis: el a acceptat să-şi trateze fobia, iar ea a fost de acord să nu închidă uşa şi să nu tragă jaluzelele şi perdelele în camera lor...

Teama de sufocare şi claustrofobia

Claustrofobia constă într-o teamă nejustificată de spaţii închise sub diferite forme: încăperi prea mici sau fără ferestre; lifturi, mai ales dacă sînt strîmte şi fără suprafeţe vitrate („lifturile-coşciug", după cum le numesc pacienţii) etc. Se pare că aproximativ 2 pînă la 5% din populaţia adultă prezintă acest tip de fobie, care se dovedeşte destul de stînjenitoare în viaţa cotidiană[168]. Radiologii sînt adesea confruntaţi cu acest sindrom, 4 pînă la 10% dintre pacienţii lor temîndu-se să intre în anumite aparate de imagistică medicală, precum scanere sau IRM[1] , numite „corp întreg"[169]. Atunci cînd aceste persoane au nevoie să beneficieze de acest tip de examinare, din cauza suspiciunii de boli somatice grave, mi se întîmplă să solicit accesul la sala de radiologie a spitalului în care lucrez, pentru a-i pregăti să înfrunte progresiv situaţia.

În formele ei severe, această teamă se generalizează în numeroase alte situaţii decît locurile închise şi lifturile: gulerele de cămaşă sau hainele prea strînse, măştile de frumuseţe sau combinaţiile şi măştile de scafandru, pe care nu le pot suporta sub nici o formă. Fiindcă lucrul de care se tem, în general, pacienţii claustrofobi este asfixia, prin strivire în locuri suprapopulate (precum cozile de aşteptare la concerte sau transporturile la ore de vîrf) ori din lipsă de oxigen (precum o cabină de lift blocată ori un metrou imobilizat între două staţii). Putem nota că teama aceasta o au şi unii subiecţi non-fobici: multe persoane au tendinţa să-şi supraestimeze nevoile de oxigen într-o încăpere închisă. De fapt, o persoană poate supravieţui aproape nedefinit într-un spaţiu neventilat înainte de a-i epuiza rezervele de oxigen.

Cu ocazia deschiderii tunelului sub Marea Mînecii, principalele ziare engleze au publicat statistici care dezvăluiau marea frecvenţă a fenomenului: şase englezi din zece simţeau anxietate la ideea de a călători pe sub Marea Mînecii[170]. Însă claustrofobia are ceva instinctiv, apropiat, fără îndoială, de angoasa simţită de un animal capturat şi imobilizat între ghearele unui prădător sau prins într-o surpare de teren, şi de aceea este prezentă în grade diverse la fiecare fiinţă umană. Personal, nu m-am imaginat nici o clipă făcînd speologie, parcurgînd un drum strîmt la zeci de metri sub pămînt...

În sfîrşit, trebuie semnalat că mulţi claustrofobi sînt şi pacienţi care suferă de tulburare de panică, pe care o vom aborda într-un capitol viitor, claustrofobia făcînd parte, aşadar, dintre elementele unei fobii mai generalizate.

Frici şi fobii de mijloacele de transport

„De îndată ce sînt într-un avion, supraveghez cel mai mic detaliu. Detest, de exemplu, să văd că pilotul merge la toaletă: dacă se simte rău şi copilotul este incompetent? Întreb întotdeauna dacă n-a petrecut prea

---

[1] Imagistica prin Rezonanţă Magnetică (n.t.).

mult în ajun sau dacă n-a băut un pic prea mult înainte să decoleze. Comandanţii de bord sînt supuşi etilotestului? Chiar şi la cel mai mic zgomot în habitaclu sau în carlingă, trebuie să ştiu ce poate fi. Pîndesc cea mai mică variaţie a regimului de motor al reactoarelor. Supraveghez faţa stewardeselor pentru a distinge semne de nelinişte..." (Paula, 42 de ani).

Teama de avion este cea mai frecventă dintre fobiile de transport şi ar afecta între 8 şi 11% dintre persoane. Însă pacienţii care se tem de avion par să se repartizeze în trei grupuri distincte, cu caracteristici bine diferenţiate[171].

● Un prim subtip include persoanele care se tem să „se găsească în aer, suspendate în gol". Ele nu vor prezenta în timpul zborului crize de angoasă superacute (numite atacuri de panică), dar se vor simţi foarte neliniştite înaintea călătoriei şi pe durata ei. De cele mai multe ori, sînt totuşi capabile să ia avionul.

● Un al doilea subgrup e compus din subiecţi cu un nivel înalt de anxietate care, simţindu-se înghesuiţi în cabină, se tem să nu piardă controlul propriei persoane în timpul unei crize de angoasă acute. Ei fac, în general, totul pentru a nu se afla într-un avion.

● Un al treilea subtip corespunde persoanelor care se tem să se afle în faţa altor pasageri şi la care dimensiunea de anxietate socială este importantă: ceea ce le provoacă frică este mai degrabă faptul de a fi îngrămădiţi într-un avion, de a fi priviţi de ceilalţi pasageri cînd merg pe culoar, de a fi aşezaţi foarte aproape de alţii etc.

Simpla teamă de avion este şi mai frecventă. În melodia *Mi-e frică de avion*, cîntăreţul Francis Cabrel pune pe muzică îngrijorările unui aviofob:

„Toate zgomotele sînt bizare/Toate mirosurile suspecte/Chiar culcat pe culoar/Vreau să fiu respectat/Mi-ar plăcea să fac ca toată lumea/Să găsesc asta natural/Să fiu expulzat dintr-o prestaţie/Pînă în mijlocul cerului/Nimic de făcut, nimic de făcut/Mi-e teamă de avion..."

Teama de avion este foarte interesantă în numeroase privinţe, mai ales pentru că ea reprezintă un caz pedagogic în legătură cu psihologia de control. Cu toate că un drum cu maşina induce un risc zilnic mult mai ridicat, aproape toate persoanele se simt în pericol într-un avion, pentru că ele nu controlează situaţia: este un necunoscut care mă conduce, nu-l văd, nu ştiu ce se întîmplă în carlingă... În vreme ce în maşină, eu ţin volanul, controlez viteza, traiectoria... În plus, ca multe altele, situaţia de zbor aerian nu este, într-adevăr, sigură 100%. Aşadar, fobie de avion sau, pur şi simplu, prudenţă? Într-o lucrare destinată marelui public[172], Mary Schiavo, inspector general al Departamentului pentru Transporturi din Statele Unite, afirmă că o atitudine prea încrezătoare faţă de transporturile aeriene nu este, fără îndoială, cel mai bun lucru. Ea dădea în această privinţă cîteva recomandări, care riscă, evident, să întărească anumite comportamente fobice (dar fobia nu este la început un mijloc de mărire a şanselor de supravieţuire?):

● evitaţi avioanele vechi;

● informaţi-vă despre modelele periculoase (ATR franco-italian, Embraer-ul brazilian şi toate avioanele ruseşti; niciun model american în listă, este o întîmplare?);

● nu zburaţi cu companii prea recente care nu şi-au dat probele şi nu şi-au consolidat reputaţia;

● alegeţi locurile aproape de culoar şi de ieşirile de urgenţă (numeroase accidente au loc în timpul etapelor de aterizare sau decolare şi mulţi dintre pasageri mor din motive de asfixiere, îngrămădiţi în habitaclu);

● cumpăraţi-vă o mască pentru fum şi luaţi-o întotdeauna în bagajul dumneavoastră de mînă;

● dacă remarcaţi ceva anormal în avion, spuneţi-o sus şi tare, chiar dacă personalul vă cere să tăceţi...

După cum se vede, cartea nu este recomandabilă dacă aveţi fobie de avion, doar dacă este vorba despre un exerciţiu terapeutic...

Călătoria cu avionul prezintă un alt interes pentru teoreticienii fricii, acela că toată lumea va simţi teama de el la un moment dat. Există însă o sumedenie de diferenţe în funcţie de indivizi! Diferenţe în pragul de declanşare al fricii: unora le va fi frică mai devreme, chiar înainte de a se îmbarca, sau din cauza unor semnale minime, precum zgomotul unui scîrţîit al compartimentului bagajelor de mînă. Diferenţe în intensitatea fricii simţite: pentru aceeaşi situaţie, precum un gol de aer, unii se panichează, alţii tresar, pur şi

simplu, de surpriză. Diferenţe în durata emoţiei fricii: unii rămîn în alertă şi le este teamă pe durata întregului zbor, chiar şi mult timp după. În sfîrşit, diferenţe în reacţiile la frică, pe care pasagerii nu le „gestionează" toţi în acelaşi fel. Pentru a o uita sau limita, unii încearcă să adoarmă, alţii să citească, să bea alcool, să discute cu vecinul lor, să se relaxeze, să mediteze asupra vieţii, chiar să se roage în anumite momente...

Pentru a încheia subiectul legat de teama de avion, ea este şi cea care poate permite non-fobicilor să simtă într-un singur zbor ce trăiesc fobicii la fiecare zbor. Unul dintre confraţii mei mi-a povestit astfel o amintire de călătorie cu avionul, destul de agitat:

„Era pe o cursă Nisa-Lille. La puţin timp după decolare, am înţeles, din cauza îngrijorării stewardeselor, că exista o problemă. Şi iată, într-adevăr, comandantul de bord care ne anunţă sobru: «Din cauza unui mic incident, va trebui să aterizăm pe cel mai apropiat aeroport»... Fără alte informaţii.

În acea clipă, nu era momentul explicaţiilor, ci al urgenţei: apeluri ferme către toţi pasagerii să rămînă aşezaţi, să-şi prindă centura şi să aducă scaunele şi măsuţele în poziţia dreaptă, normală. Stewardesele îşi pun şi ele centurile de siguranţă ca pentru o aterizare. Şi, dintr-odată, cum m-am aşezat aproape de un hublou, îmi dau seama că am pierdut altitudine şi că sîntem pe punctul de a survola o autostradă, ca şi cum avionul risca să aterizeze în orice moment. Domneşte o tăcere de moarte în habitaclu. De data asta, înţelegem că e ceva serios.

Mi-e teamă. Mă gîndesc instantaneu la copiii mei. Vor ajunge orfani? Pîndesc, atent la cele mai mici detalii suspecte: o modificare a altitudinii de zbor, o schimbare de regim a reactoarelor... Supraveghez tot şi încep să mă gîndesc la urmările morţii mele pentru cei dragi.

Ne apropiem din ce în ce mai mult de sol. Încep să mă albesc, dar vecina mea îmi şopteşte, ca pentru a se linişti ea: «Ajungem, e un aeroport.» Într-adevăr, se văd pistele, clădirile, şi... nişte camioane de pompieri! Un pic mai departe, nişte ambulanţe... Aparatul aterizează fără avarii. Pilotul ne linişteşte şi ne cere să părăsim calm aeronava. Deşi m-aş fi aşteptat la nişte scene de panică, totul se petrece ca într-un film demonstrativ al companiei aeriene: oamenii îşi aşteaptă rîndul, fără busculadă. Un calm anormal. Şi o enormă tensiune. Presupun că toată lumea era într-un soi de stare agitată, ca mine. Ieşim, în sfîrşit, fără piedici şi fără să înnebunim. Există chiar o echipă de consiliere psihologică sosită la faţa locului. Doi pasageri fac o criză de nervi. O doamnă se simte rău. Ni se va explica mai tîrziu că a avut loc un început de incendiu în cala pentru bagaje.

Cînd am fost întrebaţi dacă vrem să luăm avionul următor, am preferat să mă întorc cu trenul: eram epuizat, fizic şi nervos. Ca şi cum aş fi fost bătut măr de frică..."

Confratele meu a trăit acest zbor în pielea unei persoane fobice: atenţie sporită acordată micilor detalii, convingere intimă că trăia ultimele clipe de viaţă, oboseală fizică după această frică excesivă... A zburat din nou cu avionul şi, puţin cîte puţin, urma acestei frici a fost nu ştearsă, ci tratată şi recuperată de experienţele repetate de zbor avînd scenarii mai obişnuite. La o persoană mai vulnerabilă, nu-i nici o îndoială că un asemenea incident ar fi lăsat urme emoţionale mai profunde.

La fel ca teama pentru avion, teama de şofat, la fel de frecventă, grupează profiluri ale subiecţilor cu poveşti destul de diferite[173]. Unii au fost victime ale unui accident de automobil care le-a lăsat o amprentă traumatică: de îndată ce se află la volan, încep să simtă o nelinişte legată de amintirea accidentului. Se pare că aproximativ 20% dintre persoanele care au fost victimele unui accident de circulaţie manifestă ulterior o frică de a şofa, şi asta timp de mai mulţi ani[174]; aceste frici nu ajung întotdeauna la un stadiu fobic, dar în cazul unui nou accident, riscurile de condiţionare fobică sporesc. În această eventualitate, persoanele respective trebuie tratate precum victimele traumatismelor psihologice: prin expunere prelungită la amintirea traumatică[175]. Alţii suferă de o teamă de a pierde controlul asupra propriei persoane în momentul în care conduc: le este frică fie de o indispoziţie şi de pierderea cunoştinţei, fie de un impuls care să-i facă să schimbe direcţia sau să-şi îndrepte vehiculul spre marginea carosabilului sau sub semiremorca venind din faţă. Este vorba adesea despre persoane care suferă de tulburare de panică (vezi capitolul corespunzător). Pot

fi găsite cazuri particulare, indicînd faptul că fobia de şofat este consecinţa unei alte fobii: teama de a conduce în tuneluri pentru claustrofobi, teama de a conduce pe munte pentru acrofobi etc.

Iată povestea lui Marianne, secretara de spital în vîrstă de 44 de ani, care aproape că nu poate pune mîna pe volanul unei maşini. După ce şi-a obţinut cu mare greutate permisul de conducere, în urma a cinci tentative, ea a renunţat să şofeze singură vehiculul la mîna a doua pe care i-l cumpărase soţul ei. Oarecum deranjată de acest inconvenient, avînd în vedere că locuia în Paris, a deveni brusc dezavantajată cu ocazia unei mutări în provincie, în care orice deplasare necesita deţinerea - şi condusul - unei maşini. Marianne a încercat astfel să se urce din nou la volan, dar şi-a dat seama destul de rapid că era incapabilă să conducă un automobil: nu putea parcurge nici cel mai mic traseu dacă n-o însoţea cineva; la volan, se simţea foarte tensionată şi trebuia, în general, să se oprească după cinci minute, atît de încordaţi îi erau muşchii sub efectul fricii. Soţul ei a încercat la început s-o însoţească şi s-o ajute să-şi recapete încrederea, dar foarte rapid ieşirile cu automobilul, în cuplu, s-au transformat în ceartă, deoarece soţului îi era greu să înţeleagă şi să accepte temerile soţiei. Aşa că femeia a încetat să şofeze... Vrînd să evalueze problema, terapeutul consultat a cerut să facă împreună cu ea un mic traseu în maşină, care i-a confirmat periculozitatea potenţială a pacientei: în cinci minute, aceasta a calat motorul în două rînduri în mijlocul intersecţiilor aglomerate, a schimbat de mai multe ori banda sau direcţia fără să semnalizeze sau să se uite în oglinda retrovizoare şi s-a arătat foarte crispată şi febrilă. Marianne nu prezenta, altfel, nici o manifestare de agorafobie: era capabilă să se deplaseze fără dificultate cu orice alt mijloc de transport în afară de automobil şi nu suferise nici odată atacuri de panică izolate.

Siderodromofobia, literal teama de căile ferate, sau de călătoriile cu trenul, este relativ puţin studiată şi puţin cunoscută. Teama inspirată de primele locomotive şi primele călătorii pe calea ferată era cu precădere răspîndită în secolul al XlX-lea. Unii savanţi ai epocii preziceau că trupul uman n-ar putea rezista la viteze mai mari de treizeci de kilometri pe oră, iar primele accidente feroviare au impresionat foarte mult, la fel ca în cazul accidentelor aeriene din prezent. Apoi, oamenii s-au obişnuit cu trenul, cel puţin pînă la apariţia TGV-ului . Într-adevăr, acesta din urmă pare să suscite mai multe fobii decît trenul de model clasic, la care putem deschide întotdeauna ferestrele şi ale cărui opriri în gară sînt frecvente. Cu TGV-ul, ne apropiem mai mult de atmosfera unei călătorii cu avionul: nu deschidem ferestrele, nu ne oprim puţin pe drum... Nici Eurostarul, cu trecerea lui pe sub Marea Mînecii, n-a rezolvat lucrurile. De unde şi o creştere a cererilor de terapie din partea siderodromofobilor redeveniţi destul de numeroşi. Prieteni terapeuţi comportamentalişti au dezvoltat, de altfel, un parteneriat cu SNCF în acest sens, compania de transport permiţîndu-le să-şi însoţească pacienţii fobici pe traseele Paris-Lille, apoi Paris-Londra, pentru frumoase şedinţe de expunere in vivo!

Frici şi fobii de sînge şi de răni

Marc este inginer. La 32 de ani, a venit să se consulte pentru o fobie de sînge. Tatăl lui a suferit întotdeauna de acelaşi tip de probleme: Marc leşina sistematic cînd i se făcea o injecţie sau trebuia să i se recolteze sînge. În urmă cu un an, Marc a vrut să-şi înfrunte temerile, ca să asiste la prima naştere a soţiei lui: proastă decizie.

Simţind că i se face rău, a încercat să rămînă stoic şi să reziste, însă a căzut pe spate, antrenînd în cădere aparatul de monitorizare şi tăindu-şi pielea capului; a făcut o a doua sincopă cînd, în blocul chirurgical vecin, i s-au pus şase copci. După ce aventurile lui medicale au luat sfîrşit, fetiţa lui se născuse... În urma acestui episod, fobia lui Marc s-a agravat: n-a fost în stare să meargă la dentist cînd unul dintre dinţi s-a spart, nici să-şi viziteze bunicul spitalizat („doar mirosul de spital mă face să leşin"). Recent, a trebuit să le ceară unor prieteni să schimbe subiectul cînd aceştia, la o serată, povesteau accidente rutiere la care asistaseră. Înainte de a privi un film, se informează atent, de teamă ca nu cumva producţia să aibă vreo scenă de violenţă sau de medicină. Îşi dă seama că are tendinţa să schimbe trotuarul cînd trece prin faţa laboratoarelor de analiză medicală. Nu mai poate suporta să vadă carne roşie şi evită să intre în măcelării, atît de mult îl indispune mirosul fad al cărnii. „Mi-e ruşine să fiu aşa, nu ofer o imagine foarte virilă despre mine. Soţia mea vrea să avem un alt copil, dar nu mă pot imagina asistînd la naştere. Nu-i normal..."

Ansamblul fricilor gravitînd în jurul sîngelui, precum teama la vederea sîngelui, a injecţiilor, a rănilor, a intervenţiilor medico-chirurgicale, reprezintă o categorie de fobii speciale. Stimulul vizual este cel mai adesea în cauză, dar aceşti pacienţi sînt şi foarte sensibili la mirosurile asociate, precum cele ale sîngelui proaspăt, ale produselor dezinfectante sau anesteziante, ale culoarelor de spital, însă şi ale anumitor senzaţii dureroase, de exemplu cele ale înţepăturilor şi injecţiilor...

Ei se pot simţi rău dacă văd sîngele altora, uneori propriul lor sînge, şi pentru anumite femei, propriile lor menstre. Fobia de tratamentele dentare poate fi legată de cea a sîngelui, dar şi de cea a sufocării: pacienţii nu suportă să aibă ceva în gură.

Această fobie specifică foarte răspîndită (4% din populaţie) prezintă caracteristici fiziologice care o diferenţiază în mod clar de altele: pe cînd cei mai mulţi stimuli patogeni provoacă o accelerare a ritmului cardiac (tahicardie) şi induc foarte rar un leşin, contrar temerilor anumitor pacienţi, fobiile de sînge şi injecţii sînt însoţite cel mai adesea de o încetinire a ritmului cardiac (bradicardie) şi duc frecvent la o sincopă (mai mult de trei sferturi dintre aceşti subiecţi au antecedente de pierdere a cunoştinţei la vederea sîngelui sau chiar numai la mirosul lui). Această bradicardie are nevoie, de altfel, de timp pentru a se dezvolta după o fază scurtă de tahicardie şi, conform studiilor, necesită o expunere la stimulul fobogen de cel puţin zece pînă la şaizeci de secunde. Persoanele care suferă de această fobie au, în general, timp să simtă debutul fricii şi să fugă sau să se aşeze pentru a evita o cădere. În plan evoluţionist, este posibil ca mecanismele acestei fobii de sînge să fie moştenite din reflexe de protecţie a organismului în cazul unei răni: pentru a evita o hemoragie importantă, tensiunea noastră arterială ar scădea, ceea ce ar limita intensitatea sîngerărilor, dar ar facilita şi sincopele prin hipotensiune arterială. Această reacţie reflexă ar fi, ca întotdeauna, dereglată în sens crescător la fobici.

Predominanţa feminină este mai mică în acest subtip de fobii: „doar" 50 pînă la 70% dintre femei. Acest rezultat este cu atît mai semnificativ cu cît pare că bărbaţii tind să nu declare intensitatea fricii lor, din motive de imagine socială: să nu treacă drept laşi rămîne încă o preocupare pentru mulţi dintre ei[176]. În cea mai mare parte a cazurilor, fobia apare înaintea vîrstei de 10 ani[177], iar influenţele genetice par importante.

Deficienţa indusă poate constitui un obstacol în profesarea anumitor meserii: medic, infirmieră, poliţist, militar. Poate fi şi foarte dureroasă pentru nişte părinţi care se tem că nu pot îngriji rănile şi cucuiele copilaşilor lor fără să leşine pe loc! Dar problema principală rezidă, fără îndoială, în tendinţa de a evita numeroase tratamente sau examene medicale, care îi poate face pe nişte pacienţi să-şi neglijeze în mod grav starea lor de sănătate, fugind sistematic de analize de sînge, vaccinuri, operaţii chirurgicale şi, uneori, chiar de frecventarea spitalelor sau a cabinetelor medicale. Fobia de tratamentele stomatologice este înrudită cu cea de sînge şi răni. Şi în acest caz, teama de dentist duce, din păcate, la nişte consecinţe foarte nefavorabile asupra sănătăţii dentare[178]. Într-un alt domeniu, o echipă franceză[179] a arătat că, dintre pacienţii diabetici, cei care şi-au manifestat teama de sînge sau de injecţii se conformau cu greu controlului constant al glicemiei, pentru că asta necesita înţepături suplimentare! Din păcate, aceste controale sînt necesare ajustării dozelor de insulină... Este vorba, aşadar, despre fobii cu un grad de periculozitate pe care profesioniştii sănătăţii trebuie să înveţe să le depisteze: problema este că pacienţii aceştia nu agreează deloc să se ducă în cabinetele medicale, spitale şi alte laboratoare, pe care le evită ori de cîte ori este posibil.

Am primit într-o zi e-mailul emoţionant al unei mame care-şi pierduse fiul în urma unui traumatism cranian suferit după o cădere în timpul unei recoltări de sînge: el nu a prevenit asistenta şi leşinul lui a surprins pe toată lumea. Aflînd că noi am pus la punct în cadrul spitalului un protocol de tratament al fobiilor de sînge, ea îmi cerea informaţii despre patologia care-i răpise fiul într-un mod atît de absurd.

Din cauza faptului că fobiile de sînge şi injecţii sînt însoţite de o tendinţă spre hipotensiune şi sincopă, trebuie puse în practică tehnici speciale pe durata terapiilor de expunere la aceşti subiecţi, în lipsa cărora terapeutul riscă să provoace indispoziţii care vor întări convingerea pacientului că nu va putea înfrunta stimulul fobogen. Sînt utilizate două strategii principale. Putem face pacientul să se întindă în situaţiile de confruntare, dar asta nu-i întotdeauna uşor. Sau putem folosi o tehnică în care pacientul îşi creşte chiar el

presiunea arterială contractîndu-şi puternic muşchii[180]. Iată bazele acestei metode specifice care permit exerciţii de expunere ambulatorii mai uşoare ca recurgerea la poziţia întinsă:

● mai întîi terapeutul învaţă subiectul fobic să distingă primele semne ale scăderii de tensiune prealabilă sincopei (tahicardie urmată de o bradicardie, senzaţie de gol în minte etc.);

● îi cere în acel moment să-şi contracteze foarte puternic muşchii antebraţelor, picioarelor, pieptului şi abdomenului;

● tensiunea provocată astfel trebuie să fie menţinută timp de 20 de secunde (de exemplu, pînă la obţinerea unei senzaţii de căldură pe faţă);

● apoi pacientul se destinde (dar fără să încerce să se relaxeze) şi repetă exerciţiul în cinci reprize.

Odată ce metoda este stăpînită, expunerea poate începe. Rezultatele sînt foarte satisfăcătoare, chiar într-un număr mic de şedinţe[181]. Pacientul a învăţat să nu se mai panicheze în faţa senzaţiilor de accentuare a sincopei şi încearcă să se adapteze.

Şi dacă suferim de mai multe frici în acelaşi timp?

Cînd suferim de o fobie specifică prezentăm, în general, numeroase alte frici: un studiu pe această temă a arătat că fobiile specifice apar în mod izolat doar la un sfert dintre subiecţi[182]. Cu toate că aceste temeri nu sînt întotdeauna la un nivel de intensitate fobică[183], ele trădează prezenţa unei vulnerabilităţi globale la frică la majoritatea persoanelor afectate. Asta nu modifică strategiile de tratament. Este inutil să încercăm să lucrăm abstract pe un eventual „fond fobic", pare mai eficace să începem să abordăm fobia cea mai invalidantă şi să observăm apoi cel mai adesea un efect numit „bulgăre de zăpadă": după ce am învăţat să depăşim o frică iniţială, putem, în general, să diminuăm şi fricile următoare, pe care, dacă este nevoie, le vom aborda utilizînd aceleaşi strategii.

În legătură cu aceste fobii multiple, îmi amintesc că am citit, pe cînd mă aflam în Statele Unite ca să particip la un congres de psihiatrie, un articol uimitor în New York Times[184]. Ziaristul descria situaţia apocaliptică a persoanelor care, supravieţuind unui accident de avion deasupra oceanului, riscau să fie atacate de rechini. Pe o pagină pasionantă, foarte bine documentată şi pragmatică, ziaristul dădea sfaturi de urmat într-un asemenea caz, pentru a creşte şansele de supravieţuire. Probabil util non-fobicilor (la urma urmei, nu se ştie nici odată), acest tip de articol poate, în schimb, să înspăimînte fără îndoială şi fobicii de avion, şi fobicii de băi în mare...

Putem face singuri faţă fricii?

În filmul *Harry Potter şi prizonierul din Azkaban*[185], ucenicul vrăjitor Harry Potter este confruntat cu probe terifiante, dar mai ales cu necesitatea de a face faţă, singur, temerilor lui. Prin intermediul imaginilor poetice şi al creaturilor himerice, toate dimensiunile fricii sînt prezentate spectatorului. Astfel, un profesor al şcolii de vrăjitorie din Hogwarts îşi pregăteşte elevii să-şi înfrunte fricile datorită unui antrenament în faţa „creaturilor Boggart", fantome care iau forma a tot ce ne inspiră cea mai mare teamă. În timpul unei scene deosebite, toţi pensionarii şcolii defilează prin faţa dulapului în care sînt închise creaturile Boggart, pentru a le înfrunta pe rînd: după fricile fiecăruia, Boggarzii ies de acolo sub înfăţişarea unui păianjen gigant, a unui şarpe uriaş, a unui profesor temut... Singurul mijloc de a le face să dea înapoi este să nu fugă, să le facă faţă fără să arate slăbiciune, să utilizeze umorul şi distanţarea şi, desigur, o formulă magică!

Dar în momentul în care îi vine rîndul lui Harry, exerciţiul ia o turnură foarte proastă şi profesorul trebuie să intervină ca să-i salveze viaţa: lucrul de care se teme cel mai mult sînt nişte spectre monstruoase, numite Dementori, al căror atac 1-a suferit deja. Dementorii încarnează frica; aspiră, sug, vampirizează tot ce e bun, pozitiv, fericit şi puternic în noi, pînă la inaniţie şi moarte. Prezenţa lor este anunţată de un mediu îngheţat, care nu este decît o dublă metaforă, a frigului de moarte şi a fricii, pentru care stau mărturie numeroase expresii: „îi îngheţă sîngele în vene" sau „mi s-a făcut părul măciucă". Pentru a rezista, trebuie să-şi mobilizeze toate energiile, să se agaţe de amintirile lui cele mai puternice şi cele mai fericite. Şi, în faţa lor, care ne incarnează spaimele cele mai violente şi cele mai periculoase, să nu aşteptăm ajutorul nimănui. Mesajul filmului este clar: noi şi doar noi deţinem cheile pentru a ne elibera de frici.

Dar să revenim la încuiaţi[1] ... Dacă o autoterapie este posibilă, atunci este vorba mai ales de temerile simple: animale, înălţimi, întuneric, sînge... Îmi amintesc de Timothee, fiul unuia dintre prietenii mei, care ştia că eram specialist în frici. Venit să mă vadă în timpul unei vizite în Paris, mi-a cerut cîteva sfaturi. Cu toate că avea 10 ani, era curajos şi bătăios din fire, Timothee avea o spaimă mare de întuneric. Nu putea dormi fără lumină noaptea, ceea ce nu reprezenta o problemă la el acasă, dar îl jena cînd se ducea să doarmă la prieteni: cum să îndrăznească să mărturisească „teama asta de bebeluş"? Nu-i plăcea deloc să se ducă în pivniţă. Atunci cînd părinţii lui i-o cereau, mama pentru a aduce lenjeria curată din maşina de spălat, sau tatăl, ca să meargă să caute o sticlă de vin, trebuia să se forţeze să nu refuze. Căzuse în mai multe rînduri pe scara prost luminată a pivniţei, fiindcă alerga cît putea de repede ca să urce înapoi. În general, lăsa lumina aprinsă în spatele lui, ceea ce-i aducea mustrări din partea părinţilor, cărora, multă vreme, nu voise să le mărturisească intensitatea fricilor lui. Se panica şi în timpul furtunilor, din cauza penelor de electricitate care surveneau adesea. După ce am început să discut cu el despre frica lui de întuneric, mi-a dezvăluit că se temea să nu fie atacat de un monstru sau un asasin. Recunoştea, desigur, probabilitatea scăzută a unui asemenea eveniment, dar fricile nu erau mai puţin prezente.

I-am explicat apoi lui Timothee cum „funcţionau" fricile noastre şi mai ales cum faptul că ne supunem lor le putea face să dureze la nesfîrşit. I-am descris cum, dacă nu dăm înapoi în faţa fricii, ea este cea care sfîrşeşte întotdeauna prin a se atenua. Am făcut un mic exerciţiu în pivniţa casei, în care Timothee a rămas închis un sfert de oră. Pe urmă am decis o strategie precisă: odată întors acasă, Timothee avea să coboare zilnic în pivniţă, cu singurul scop de a se lupta cu frica lui. Trebuia să rămînă acolo să aştepte în întuneric. Să privească în jurul lui, să stea, să stea, pînă cînd teama dispărea. Dacă ar fi avut de mers să caute ceva, urma să se ducă încet. Dacă teama reapărea, nu trebuia să grăbească pasul, ci să se întoarcă şi să se oprească pentru a vedea ce era în spatele lui în loc să-şi imagineze - şi să-şi imagineze, evident, ce-i mai rău.

O lună mai tîrziu, Timothee mi-a telefonat ca să-mi dea veşti despre el: nu se mai temea de întuneric. Pufnind în rîs, mi 1-a dat pe tatăl lui la telefon: acesta a mărturisit, ceea ce nu făcuse nici odată pînă atunci, că avea exact aceleaşi temeri ca fiul lui!

Uneori, ne-am putea depăşi fricile mărunte cu un minimum de efort, dar cedăm în faţa lor, lăsîndu-le să se instaleze cu trăinicie, În schimb, fobiile necesită, în general, un terapeut, cu excepţia anumitor condiţii...

► Ne putem vindeca singuri de o fobie specifică?

Răspunsul este, cu siguranţă, „Nu" pentru fobiile complexe, dar pentru fobiile specifice el este „Da, cu condiţia ca...".

Da, cu condiţia ca fobia dumneavoastră să nu fie complicată de alte probleme: depresie, consum constant de alcool sau de medicamente, boală cardiacă...

Da, cu condiţia ca dumneavoastră să respectaţi regulile propuse în această carte: să vă înfruntaţi cu regularitate fricile, progresiv.

Veţi reuşi cu atît mai uşor, cu cît nu veţi fi singur în acest efort: puteţi cere apropiaţilor sau prietenilor să vă ajute. Sau unor asociaţii, ca în Franţa, *„Le pied dans l'eau"* (Piciorul în apă), care organizează şedinţe în piscină pentru pacienţii cu fobie de apă[186].

Lipsesc încă suficiente studii ştiinţifice în legătură cu asemenea demersuri de autoterapie în fobii autentice. Dar ele există, şi un ajutor oferit prin intermediul cărţilor de ajutor special concepute[187] sau al programelor de autotratament informatizate[188] ori disponibile pe internet[189] reprezintă, în orice caz, o primă etapă, care se poate dovedi suficientă pentru anumiţi pacienţi: cei mai puţin afectaţi, cei mai motivaţi?

Cum să tratăm frici şi fobii specifice?

Fobiile specifice se numără, fără îndoială, printre tulburările psihologice cel mai uşor de tratat, cu condiţia să utilizeze metoda potrivită: desensibilizarea de frică prin expunere gradată. V-am descris deja această abordare comportamentală şi nu voi face decît să-i amintesc caracteristicile proprii fobiilor specifice.

Terapiile comportamentale şi cognitive sînt cu precădere eficace în fobiile specifice şi ameliorează, în general, mai mult de 80% dintre pacienţi (cf. Tabelului). Aceste rezultate sînt cu atît mai interesante, cu cît,

---

[1] În romanele din seria Harry Potter, încuiaţii sunt persoane lipsite de puteri magice, ca dumneavoastră şi ca mine (n.a.).

probabil, doar subiecţii cu cele mai severe simptome vin să caute ajutor. Să amintim că nu există, pînă în ziua de azi, nici o dovadă a eficacităţii unui medicament pentru a trata fobiile specifice.

Rezultate[1] ale terapiilor comportamentale în fobiile specifice[190]

Tip de fobie specifică	Procentai al subiecţilor amelioraţi	Durată medie de tratament
acrofobie	**77%**	**4 ore**
zoofobii	**87%**	**2 ore**
fobii de sînge	**85%**	**5 ore**
fobii de injecţii	**80%**	**2 ore**
claustrofobie	**86%**	**3 ore**
fobii de lucrări dentare	**90%**	**7 ore**
fobii de zbor aerian	**80-90%**	**6-8 ore**

Demersul este simplu. După ce am explicat pacientului structura şi funcţionarea fricilor fobice, precum şi obiectivul terapiei (să le stăpînim, şi nu să le facem să dispară), atunci:

☞Vom defini cu pacientul obiectul şi structura specifice fricilor lui; de exemplu, păianjenii mari şi frica de un atac, urmat de o muşcătură, şi urmat de... ce anume? Adesea, pacienţii nu au mers pînă la capătul fricilor lor, am vorbit adesea despre asta. Vom stabili o listă ierarhizată de situaţii declanşatoare de frică, de la cele mai uşor de închipuit (să se confrunte cu imagini sau gînduri) la cele mai dificile (înfruntarea situaţiei). Vom învăţa o tehnică de relaxare.

☞Vom verifica pertinenţa informaţiilor de care dispune pacientul în legătură cu fricile lui: păianjenul atacă la cea mai mică mişcare, un avion care scîrţîie se poate rupe în două în aer...

☞Vom discuta scenariile-catastrofă şi ne vom îndoi de ele.

☞ Vom începe exerciţiile de confruntare, prescriind şi nişte exerciţii la domiciliu, mai uşoare, dar constante.

Iată, de exemplu, o listă de desensibilizări utilizată la o pacientă cu fobie de cîini:

☞ Privesc în reviste poze cu cîini care latră şi-şi arată dinţii.

☞ Stau la zece metri de cîini mari ţinuţi în lesă de stăpînul lor.

☞ Mă apropii de ei la cîţiva metri.

☞ Intru într-un adăpost pentru cîini de vînătoare sau într-un magazin în care se vînd cîini.

☞ Merg prin faţa gardului unei vile, îndărătul căruia cîini mari latră după trecători mîrîind şi arătîndu-şi colţii.

☞ Vorbesc cu proprietarul unui cîine mare, ţinut în lesă, apropiindu-mă la aproximativ un metru de animalul său.

☞ Mîngîi un căţel.

☞ Mîngîi un cîine mare neţinut în lesă.

☞ Îngenunchez ca să mîngîi un cîine mare şi să ajung la nivelul lui.

► Există un tratament anume pentru anumite fobii specifice?

Se pare că fobiile specifice pot fi tratate uneori în cîteva şedinţe. Formatul de terapie cel mai adesea folosit în studii este de cinci şedinţe de aproximativ o oră.

Mai multe lucrări au demonstrat astfel eficacitatea tratamentului într-o singură şedinţă de trei ore în mai multe tipuri de fobii specifice: fobia de păianjeni[191] sau de injecţii[192]. Beneficiile tratamentului într-o şedinţă

[1] Atenţie: acest tip de rezultate „foarte" pozitive se explică prin două motive principale. Primul este că sunt nişte echipe extrem de experimentate care, în general, conduc tratamentele în aceste cercetări. Al doilea decurge din faptul că este vorba despre ceea ce numim în jargonul nostru pacienţi „puri", fără alte dificultăţi psihologice asociate; timpii trebuie măriţi dacă prezentaţi şi tendinţe depresive, alte fobii etc. (n.a.).

(mai ales în termeni de simplitate şi de economisire a timpului) i-ar putea face, aşadar, pe terapeuţi să recurgă în mod preferenţial la tehnica în speţă. Aceste şedinţe unice pot fi şi efectuate în grup, de exemplu la pacienţi cu fobie de păianjeni[193], cu menţinerea unor rezultate bune după un an de supraveghere a pacienţilor.

Însă nu este încă sigur că rezultatele se menţin la fel de mult timp cu formatul terapiei clasice[194]. Limitarea duratei terapiilor poate părea o idee bună, întrucît sînt încă prea puţini terapeuţi şi centre specializate, însă există, fără îndoială, un număr obligatoriu de ore de terapie prin expunere, altfel eficacitatea tratamentului scade.

►Realitatea virtuală în ajutorul fobiilor specifice

Din numeroase motive, terapiile prin expunere in vivo se pot dovedi dificil de realizat: numărul redus de terapeuţi în anumite regiuni, fobii pentru care terapeutului nu-i este uşor să-şi însoţească pacientul, nici pacientului să se confrunte „la cerere", precum fobia de avion. Utilizarea aparatelor (măşti, mănuşi, scaune cu cricuri...) care permit subiectului să se scufunde într-o realitate virtuală reprezintă, aşadar, un instrument terapeutic interesant. Terapiile virtuale ale fobiilor simple au făcut deja obiectul a numeroase studii controlate şi au dat dovada eficacităţii lor mai ales în fobiile de păianjeni, de avion, de ascensoare şi de înălţimi[195].

Ce s-a întîmplat cu pacienţii despre care v-am povestit în acest capitol?

►Francesca şi fobia de păsări

Terapia Francescăi a durat aproximativ patruzeci de şedinţe. Această cifră relativ ridicată pentru o fobie specifică se explică prin intensitatea fricilor sale: trebuia, aproape la fiecare etapă, să se facă o pregătire pentru o expunere în imaginaţie. După ce s-a relaxat, Francesca se imagina în situaţia temută: nu-i ceream s-o înfrunte pe teren decît atunci cînd putea s-o vizualizeze fără să se panicheze.

☞ Etapele pe care le-am depăşit au fost următoarele:

☞ Privitul atent al pozelor cu porumbei.

☞ Urmărirea unui filmuleţ cu porumbei (realizat de soţul ei în scuarul de la parterul locuinţei lor).

☞ Apropierea de un loc frecventat de porumbei şi observarea lor de la distanţă.

☞ Vizitarea unei crescătorii de păsări.

☞ Apropierea de colivii unde există turturele.

☞ Strecurarea degetului printre bare, cu riscul de a fi atinsă de păsări.

☞ Atingerea şi păstrarea asupra ei a penelor de porumbei adunate într-un scuar.

☞ Aşezarea pe o bancă într-un scuar „înţesat de porumbei", după expresia ei.

☞ Hrănirea porumbeilor.

Şedinţele cu Francesca erau foarte pitoreşti, deoarece participau multe persoane: scotea ţipete destul de puternice, adesea în italiană, Mamma mia! sau Madonna, Madonna!, în care se amestecau angoasa, apoi satisfacţia uimită de a vedea că „asta funcţiona". Prin urmare, se întîmpla frecvent ca trecătorii să vină să ne dea sfaturi sau să ne propună ajutor. La sfîrşitul terapiei, păsărarul, care mă cunoştea pentru că m-a „asistat" deja în terapia mai multor persoane fobice, i-a propus Francescăi să ia în braţe o turturică. A fost foarte emoţionată de această scenă, pentru că a conştientizat în acel moment fragilitatea păsării din mîinile ei: „Mi-am dat seama", avea ea să-mi spună mai tîrziu, „că nu trebuia să mă tem de nimic la animale atît de fragile". Şi totuşi Francesca nu a devenit nici odată columbofilă...

► Rosemarie şi fobia de apă

Rosemarie a urmat aproximativ zece şedinţe cu mine, însă a fost ajutată şi de o asociaţie numită „Le pied dans l'eau", care le propune persoanelor ce se tem de apă şedinţe de expunere în piscină, foarte utile şi eficace.

Iată principalele exerciţii pe care le-am făcut cu ea sau pe care i le-am recomandat să le efectueze:

☞ Să facă gargară, ca să se obişnuiască să aibă apă în gît.

☞Să vorbească avînd apă în gură, ca să se expună riscului de a înghiţi greşit, deoarece se temea să nu se sufoce. În realitate, sufocările au fost mai degrabă rîsetele noastre nebune pe durata exerciţiilor (o pacientă şi un terapeut îşi vorbeau cu gura plină de apă) care ne-au confruntat cu problema.

☞ Să-şi ţină respiraţia cît mai mult timp posibil.

☞ Să se bage cu capul în chiuveta plină cu apă.

☞ Să-şi cumpere o mască şi un tub, să ceară explicaţii vînzătorului cum se folosesc şi să le testeze în cada ei.

☞ Să se ducă la piscină cu o prietenă, apoi singură, mai întîi informînd instructorul de înot despre fricile ei, „aşa, mă va supraveghea mai mult în cazul în care ar exista pericolul să mă înec", apoi în mod „anonim".

La încheierea acestei lucrări, Rosemarie a acceptat invitaţia de a pleca în croazieră împreună cu prietenii ei şi, mai ales, a ajuns să profite de asta!

► Marianne şi fobia şofatului

Terapia lui Marianne a durat aproximativ un an şcolar şi a necesitat cincisprezece şedinţe cu terapeutul ei. După cîteva ieşiri cam haotice cu maşina acestuia, Marianne a consimţit să ia din nou „lecţii" săptămînale cu un instructor simpatic de şcoală auto, care profesa în apropiere şi a acceptat să asculte recomandările terapeutului. Aceste lecţii nu constau în lecţii de şofat, pentru că Marianne ştia să conducă, ci în metode de a-şi stăpîni teama de a conduce, în compania unui pasager mai răbdător ca soţul ei. Între timp, terapeutul a învăţat-o tehnici de relaxare, a practicat cu ea jocuri de rol, care includeau toate temerile lui Marianne în legătură cu consecinţele unui mic acroşaj cu un alt automobilist: cum să răspundă la eventualele reproşuri sexiste ale şoferului, de care se temea mult („Ah! Femeile la volan!"), cum să completeze o constatare amiabilă de daune auto etc. Întrucît Marianne era obsedată de ideea că va cala motorul şi nu va putea demara apoi din nou din cauza fricii, blocînd astfel circulaţia pe toată strada, terapeutul i-a propus să testeze acest scenariu-catastrofă. Au plecat, aşadar, împreună în maşină; terapeutul a luat mai întîi volanul şi i-a cerut lui Marianne să-i spună dinainte 1) cît timp ar claxona automobiliştii dacă maşina ei ar bloca o stradă, în vreme ce ea ar simula că se chinuie să rotească cheia de contact pentru a demara din nou, 2) cît timp ar dura înainte ca ei să se enerveze, insultînd-o sau coborînd din maşini pentru a o apostrofa. Marianne credea că, evident, claxoanele ar fi instantanee şi violente şi că terapeutul şi-ar asuma un mare risc să fie agresat. Acesta din urmă a făcut experienţa în şase reprize şi Marianne a conştientizat că automobiliştii din trafic nu erau atît de sălbatici pe cît îşi imagina ea, cel puţin nu toţi: nu au răsunat claxoane de avertizare decît în trei cazuri din şase, şi asta după mai mult de treizeci de secunde. În plus, terapeutul nu a fost bătut, cu toate că mai întîrziase alte treizeci de secunde pentru a demara după claxoanele de avertizare. Puţin cîte puţin, Marianne a reînceput să iasă cu maşina în jurul cartierului ei, mai întîi însoţită de o prietenă bună, apoi singură-singurică. După cîteva luni, putea conduce normal. În sfîrşit, momentul cel mai dificil al terapiei a fost să-şi convingă soţul să-i împrumute din nou maşina...

► Marc şi fobia de sînge

Marc a fost nevoit să încerce de mai multe ori să scape de fobia lui şi a întrerupt terapia în două rînduri. Se temea, în special, de indispoziţii şi mai ales, dar mai ales, detesta să vină la spital, la serviciu: nu-i plăceau nici locul - o instituţie medicală plină de seringi! -, nici mirosurile caracteristice sălilor de tratamente unde se înţeapă şi se prelevează masiv sînge. În total, au fost necesare douăzeci de şedinţe.

L-am învăţat mai întîi pe Marc o tehnică de relaxare prin control al respiraţiei, precum şi modul de a face să-i crească uşor tensiunea arterială în caz de senzaţii de sincopă: să-şi încrucişeze mîinile şi să tragă foarte tare de antebraţe, contractîndu-şi, totodată, muşchii pieptului şi abdomenului.

I-am reamintit, de asemenea, în ce consta o sincopă vagală, precum cele pe care le prezenta: singurul lor risc este căderea pe care o provoacă. Este suficient, aşadar, să prevenim anturajul, să nu ne prefacem că nu există, ci să ne asumăm, pur şi simplu, această trăsătură fiziologică particulară şi să nu ezităm să ne întindem dacă este nevoie. Nu vă faceţi griji pentru o eventuală pierdere a cunoştinţei: atunci cînd survine, este întotdeauna foarte scurtă, de ordinul cîtorva secunde. Şi nu veţi rămîne, evident, cu nici o sechelă.

Apoi a început confruntarea pe etape. Ea s-a axat în primul rînd pe a asculta, apoi a citi şi pronunţa cuvinte ca: sînge, înţepătură, ac, seringă, arteră, prelevare de sînge, laborator de analize, operaţie, chirurgie... Pe urmă a privit fotografii de vaccinări şi prelevări de sînge extrase din manualele infirmierilor sau din reviste medicale, din care am o colecţie întreagă pe care o păstrez într-un clasor „special fobie de sînge". I l-

am împrumutat lui Marc cîteva săptămîni, ca să-l consulte zilnic. După aceea, a exersat observîndu-şi venele din regiunea plicii cotului şi pe cele ale persoanelor din anturajul lui: în mod bizar, nu suporta să fie nevoit să privească zona aceea a corpului, asociată în totalitate pentru el cu ideea unui ac înfigîndu-se în carne. Puţin cîte puţin, Marc a început să fie capabil să observe un ac pentru injecţie intramusculară în ambalajul închis. Mai mult, i-am oferit unul ca să-l ia cu el acasă. După un timp, a reuşit să intre în sala de infirmerie a spitalului şi să observe tot materialul utilizat. Apoi, i-am cerut să înceapă să mînuiască acele pentru injecţii, mai întîi în ambalajul lor, apoi să le scoată din ambalaj. „Mă simt ca Frumoasa din Pădurea Adormită", spunea el în acele momente, cu un rîs puţin crispat. Într-adevăr, manipula acele ca şi cum ar fi fost vorba despre explozivi periculoşi, şi mai ameninţători ca un fus otrăvit.

La sfîrşitul terapiei, i-am cerut să se înţepe cu acul fără să sîngereze, în pulpa degetelor, pe urmă în alte regiuni ale corpului şi la nivelul plicii cotului. I-am arătat după aceea, folosindu-mă drept cobai, cum să apese un pic mai tare ca să iasă un strop de sînge şi a acceptat să experimenteze pe el. Apoi una dintre infirmierele de la consultaţie a simulat o prelevare de sînge, efectuînd sub ochii lui toate gesturile obişnuite, dar oprindu-se în momentul înţepării. După mai multe simulări de acest tip, Marc a acceptat să i se ia sînge, ceea ce ne-a permis să efectuăm cîteva analize pe care le respingea de ani buni. Marc a avut un început de sincopă, dar care, pentru prima dată, nu l-a traumatizat, datorită discuţiilor şi exerciţiilor efectuate înainte.

Ulterior, am petrecut ceva timp în laboratorul de biologie al spitalului, unde prevenisem una dintre asistente de vizita noastră, ceea ce i-a permis lui Marc să beneficieze de numeroase explicaţii.

A îndrăznit să pună numeroase întrebări fără teama de a părea ridicol şi am repetat, pentru ocazia asta, o a doua prelevare de sînge. Şi de data aceasta, a avut un început de indispoziţie, soluţionat fără probleme. Laboranta i-a explicat lui Marc că indispoziţiile respective erau frecvente la persoanele de la care preleva zilnic sînge.

După această terapie, Marc şi soţia lui au încercat să aibă un al doilea copil fără să se teamă de reacţia dezastruoasă în sala de naşteri. Aştept cu nerăbdare anunţul sarcinii şi mai ales, mărturisesc, rezumatul naşterii, dar din partea lui tati...

Frici simple, însă rare...

Terapiile pentru frici şi fobii specifice sînt adesea ocazia amintirilor pitoreşti, pentru că, atunci cînd tratăm persoane fobice, rămînem rareori aşezaţi în fotoliu. Am învăţat, mai ales datorită pacienţilor mei, să capturez păianjeni, să citesc multe cărţi despre psihologia animală şi să frecventez locurile în care se găsesc tot felul de animale, moarte sau vii, în Paris...

Dar am notat şi un paradox: cu toate că fobiile specifice sînt, în general, mai degrabă uşoare şi agreabil de tratat, fapt destul de rar în disciplina noastră, pacienţii găsesc greu terapeuţi specializaţi. Se pare că ei preferă de obicei să rămînă aşezaţi în fotoliu şi să exploreze neîncetat trecutul sau, în cel mai bun caz, se mulţumesc să dea sfaturi bune.

Din fericire, se profilează o schimbare: chiar cu o zi în urmă, una dintre tinerele mele stagiare în psihologie, plină de energie, mi-a cerut să-i împrumut camera pentru a merge să filmeze zbînţuielile porumbeilor în piaţa Saint-Sulpice din Paris, ca să facă o proiecţie pentru una dintre pacientele ei, panicată de aceste păsări...

CAPITOLUL 8
Frici şi fobii sociale

Sînt cele mai distructive dintre frici, întrucît ele lovesc în acest „animal social" din noi despre care scria Montesquieu.

Ele ne pot priva de ceea ce ne este cel mai preţios şi cel mai indispensabil: hrana relaţională, singura care dă în mod durabil pofta de viaţă.

Desigur, putem trăi cu formele benigne ale fricilor sociale: tracul, timiditatea. Dar nu putem decît să supravieţuim, şi mai degrabă să subvieţuim, dacă sîntem afectaţi de cea mai severă dintre frici: fobia socială.

După ce au fost subestimate multă vreme, noi, ceilalţi terapeuţi, ştim astăzi cum să tratăm aceste mari emoţii ale eului. Asta se întîmplă pe teren. Este întotdeauna solicitant. Dar este aproape întotdeauna eficace...

„Timiditatea a fost flagelul vieţii mele."
MONTESQUIEU

Ora 18, staţia Glaciere, pe linia 6 a metroului parizian. Din capătul vagonului arhiplin, o tînără interpelează, cu o mulţime de ţipete şi gesturi, pe cineva aflat în cealaltă extremitate a garniturii:

⊸ Salut! Jean-Philippe! Hei! Merge treaba? Jean-Philippe pare foarte jenat. Cîţiva pasageri, mulţumiţi de divertisment, ridică privirea pentru a urmări scena. Băiatul roşeşte uşor, însă răspunde la rîndul său, forţîndu-se să ţipe destul de tare ca să acopere zgomotul ambiant:

⊸ Da, merge! Şi tu? Ce faci?

⊸ Foarte bine, mulţumesc! Lucrezi tot în colţ?

⊸ Da, da...

⊸ Ei bine, în una dintre zilele astea, atunci!

⊸ Da, în una dintre zilele astea...

Majoritatea pasagerilor au ridicat capetele: nu se interpelează aşa în metroul parizian. Apoi, odată dialogul terminat, mulţi se întorc la ocupaţia lor precedentă: lectură, visare, mică siestă. Jean-Philippe schimbă cîteva cuvinte cu o altă femeie cu părul roşcat, care stă alături de el: ea îi zîmbeşte insistent şi pare să-l încurajeze. Băiatul începe să privească atent toţi pasagerii din vagon minute îndelungate. Mai întîi crispat, apoi faţa i se destinde puţin cîte puţin. După un sfert de oră, Jean-Philippe şi partenera lui cu părul roşcat coboară din garnitură, la fel şi tînăra care l-a interpelat, şi toţi trei se reunesc pe peron şi poartă o conversaţie animată, punctată de cîteva izbucniri în rîs. Cînd soseşte următorul metrou, ei urcă şi încep din nou acelaşi schimb de cuvinte...

Dacă observaţi într-o zi o scenă de acest fel, poate sînteţi pe punctul de a asista la una dintre şedinţele noastre de psihoterapie de grup a anxietăţii sociale. Veniţi, aşadar, să ne salutaţi şi să ne spuneţi impresiile dumneavoastră, asta ne-ar face plăcere! Veţi putea să daţi peste noi şi la marginea unei treceri de pietoni, observînd automobiliştii opriţi la lumina roşie a semaforului, ca şi cum am căuta pe cineva. Sau aşezaţi, în zilele frumoase, la terasa arhiplină a unei cafenele, răsturnînd stîngaci şi cu mare zgomot o sticlă de suc şi atrăgînd astfel privirile celorlalţi clienţi şi pe ale unui chelner venit în grabă, bombănitor şi ursuz, cu făraş şi mătură. Alteori, vom cumpăra ziarul, cu faţa acoperită de picături de transpiraţie; avem un pulverizator pentru asta. Adesea, oprim zece trecători la rînd pe stradă, ca să cerem indicaţii pentru drumul nostru sau să întrebăm cît e ceasul, avînd grijă să zîmbim şi să-i privim direct în ochi. Pe scurt, exersăm lucrînd pe tot felul de frici sociale.

Contactele sociale care provoacă frică

În viaţa oamenilor, ceea ce ar trebui să fie o plăcere devine uneori o sursă de frămîntări. Aşa se întîmplă cîteodată în timpul contactelor cu semenii noştri: se pot transforma în suferinţă din cauza fricii.

Majoritatea persoanelor s-au simţit deja stingherite în anumite situaţii sociale: luări de cuvînt în public, întîlniri cu necunoscuţi impresionanţi, cereri de mărire a salariului sau declaraţii de iubire...

Ceea ce psihologii numesc „anxietate socială" este, fără îndoială, o emoţie universal împărtăşită. Această formă de aprehensiune, care poate fi declanşată de o teamă benignă şi peste care se poate trece, se defineşte, în general, prin:

● un sentiment de disconfort în situaţiile sociale, care poate evolua de la simpla jenă la atacul de panică,

● o teamă exagerată faţă de privirea şi judecata altuia asupra persoanei şi comportamentului propriu,

● o tendinţă de a ne concentra pe propria persoană, ce credem şi ce simţim, şi nu pe situaţia socială în curs.

► **Situaţiile sociale ca surse de frică**

Situaţiile sociale ca surse de frică sau de ruşine sînt, evident, infinite, dar le putem grupa în cinci mari categorii, prezentate în tabelul de mai jos. S-a spus, pe drept cuvînt, că frica de situaţii sociale ar fi, înainte de orice, o frică de privirea şi de evaluarea celuilalt: ne temem să nu fim judecaţi, chiar dacă nu-i cazul, în toate activităţile existenţei cotidiene. Există persoane care se tem de toate aceste situaţii, însă cei mai mulţi oameni nu se tem decît de unele dintre ele...

Situaţiile de frici sociale

Tip de situaţie temută	Exemple
Situaţii de performanţă	Să trecem un examen sau un interviu de evaluare, să facem o expunere sau să ţinem o conferinţă, să citim un text la o ceremonie...
Situaţii de observare	Să fim priviţi (sau să ne credem priviţi) în timp ce realizăm ceva: mergem, mîncăm, bem, scriem, conducem, parcăm sau chiar fără să facem nimic precis...
Situaţii de afirmare	Să ne apărăm drepturile, să ne oferim punctul de vedere, să ne exprimăm nevoile proprii: să negociem preţuri, să facem o reclamaţie, să ne arătăm dezacordul...
Situaţii de revelare a sinelui	Să trebuiască să ne revelăm într-un mod mai intim şi care implică: să facem cunoştinţă cu cineva, să legăm o relaţie amicală sau sentimentală...
Situaţii de interacţiuni superficiale	Să fim nevoiţi să vorbim cu altcineva într-un mod informai, superficial: schimb de banalităţi cu un vecin, un vînzător, un coleg de muncă la aparatul de cafea...

Situaţii de performanţă

Ele grupează toate momentele în care ne temem să fim judecaţi la modul explicit: avem în faţa noastră una sau mai multe persoane care sînt acolo pentru a evalua ce spunem sau ce facem şi felul în care o vom spune sau face. Toate examenele, interviurile de angajare sau expunerile, toate luările de cuvînt în faţa unui grup intră în această categorie. Inutil de precizat că această frică se manifestă la majoritatea persoanelor. Diferenţa principală între indivizi nu rezidă în apariţia sau nu a fricii, ci în aptitudinea lor de a o depăşi: artiştii explică astfel că le este teamă înainte de spectacol, dar că ea se disipează odată ce ies pe scenă. Dacă nu acesta este cazul, vor trebui, din păcate, să renunţe la cariera lor, oricît de talentaţi ar fi: mulţi muzicieni talentaţi devin profesori de muzică din incapacitatea de a înfrunta scena.

La cei care nu sînt artişti profesionişti, intensitatea fricii poate pune, de asemenea, numeroase probleme, întrucît ei trebuie să renunţe la orice ocazie de a vorbi în public: să-şi ofere părerea în timpul unei şedinţe cu părinţii elevilor, să citească un text la o ceremonie religioasă, să fie moderatori la o prezentare publică, să participe la o sindrofie... Discut adesea despre acest tip de frici cu persoanele din anturajul meu, ca Jean, unul dintre vecinii mei: „N-am nici o problemă de relaţie cu oamenii, îmi place să întîlnesc persoane noi, să flecăresc. Ştiu şi să spun lucrurile în faţă, nu mă las dominat atunci cînd nu sînt de acord cu alţii. Pe scurt, nu

sînt timid. Dar există o situaţie pe care îmi este imposibil sau aproape imposibil să o înfrunt, şi anume să urc pe o scenă ca să ţin un discurs. Chiar dacă cunosc toate persoanele din sală, am impresia că nu mai sînt acelaşi în momentul respectiv. Totul începe să se învîrtă în jurul meu, cuvintele nu-mi mai vin, gura nu mai izbuteşte să articuleze, mă văd din exterior, nu mai reuşesc să privesc oamenii în ochi. N-am putut nici odată să depăşesc această frică. De cînd eram puşti - aproape că nu puteam să ies la tablă - mă urmăreşte această teamă. În munca mea, a trebuit să refuz întotdeauna promovările la care urma să fac prezentări publice. Bun, nu-i atît de grav. Dar este o nebunie totuşi cum, pur şi simplu, cîţiva paşi, cîţiva metri din coconul grupului la infernul estradei mă pot transforma astfel."

Situaţiile de observaţie

Sînt cele în care ne găsim involuntar în vizorul atenţiei celuilalt: mersul prin faţa unei terase de cafenea arhiplină, întîrzierea la o sală de cinematograf sau de teatru şi nevoia de a ne aşeza în primul rînd, conştientizarea, după ce am început să povestim ceva vecinului de masă, că toţi ceilalţi comeseni au început să asculte... Pe scurt, cînd simţim deodată privirile aţintite asupra noastră, deşi n-am vrut neapărat, nici n-am prevăzut asta. Acest tip de frică afectează multă lume; ea este facilitată de neprevăzut sau de neobişnuit.

Una dintre prietenele mele mi-a povestit astfel cum, la o nuntă unde nu cunoştea multă lume, a luat o barcă pentru a vîsli pe ochiul de apă al proprietăţii pe care se desfăşura recepţia. Ajunsă în mijlocul heleşteului, şi-a dat seama cu groază că toţi invitaţii o priveau, recepţia avînd loc la malul apei. Deodată, sfîrşitul plimbării a fost mult mai puţin agreabil: „Toate aceste priviri de necunoscuţi aţintite asupra mea, fără să înţeleg ce spuneau, îmi dădeau un sentiment penibil. Aveam impresia că vîsleam din ce în ce mai rău. M-am grăbit să mă apropii de mal, ca să-mi scurtez starea de disconfort. Odată ajunsă, mi-am dat seama că tremuram uşor. Mi-a luat un sfert de oră să mă calmez..." Multe persoane pe care le plasăm brusc în centrul atenţiei suferă aceleaşi puseuri, îngrijorătoare şi dificil de controlat, ale acestei frici intense şi animalice, care flirtează cu panica şi te pune pe fugă.

Situaţiile în care trebuie să te afirmi

Ele sînt reprezentative pentru fricile sociale: să solicitam o mărire de salariu, să facem o declaraţie de dragoste, să cerem vecinilor prea zgomotoşi să nu mai facă gălăgie sau, pur şi simplu, să spunem nu... Asemenea momente sînt delicate pentru majoritatea oamenilor, fără să provoace totuşi o reacţie de frică importantă. Dar pentru un anumit număr de persoane, timide sau inhibate, aceste momente sînt atît de neplăcute, încît încearcă să le evite, din cauza fricii puternice pe care o declanşează.

„Mi-a fost multă vreme greu să recunosc că nu eram sigur pe mine", ne povestea Yves, un inginer de la Drumuri şi Poduri, „însă astăzi reuşesc să mărturisesc. Mi-e frică să spun «nu» oamenilor. Fie că este vînzătorul de pantofi pe care l-am obligat să scoată din cutie zece perechi, colegul care-mi cere să-i fac partea de muncă, operatorul de vînzări prin telefon care mă sună la ora mesei sau chiar copiii mei, care ştiu şi abuzează de mine. M-am împăcat întotdeauna cu asta spunîndu-mi că eram amabil. Dar recent am înţeles că nu era doar gentileţe. Era şi slăbiciune şi, mai ales, frică. Mi-era frică de reacţiile altora; frică să nu se înfurie; frică de faptul că n-o să mă mai iubească. Din ziua în care am înţeles şi mai ales am acceptat asta, am decis şi să mă schimb. Să acţionez din gentileţe, da. De frică, nu!"

Situaţiile de revelare a sinelui

Ele includ momentele în care sîntem hotărîţi să vorbim despre propria persoană altuia, să dezvăluim un pic din intimitatea noastră personală şi psihologică. Pentru anumite persoane, acest lucru poate reprezenta un disconfort. Mai ales atunci cînd ele sînt convinse că starea lor, sau unele dintre aspectele sale, au ceva care dă impresia de inferioritate. Cînd Yves era şomer, se temea să fie invitat de necunoscuţi, pentru a nu fi nevoit să răspundă la întrebarea: „Şi dumneavoastră cu ce vă ocupaţi?" La fel cum celibatarii de peste treizeci de ani se tem uneori că sînt întrebaţi de ce sînt singuri sau dacă au copii. Teama de a fi obiectul unei judecăţi negative te îndeamnă fie să fugi de aceste situaţii, fie să ţii oamenii la distanţă printr-o atitudine rezervată. Sau prin umor şi autoironie, care sînt un alt mod de a nu vorbi cu adevărat despre sine, dacă funcţionează non-stop.

Era cazul lui Flore, descrisă aici de una dintre colegele ei de muncă: „La început, o găseam foarte nostimă, mereu bătîndu-şi joc de ea, făcînd glume despre micile ei manii, defecte sau limite. Se întîmplă atît de rar ca oamenii să ştie să se distanţeze de propria persoană! Apoi mi-am dat seama că erau cîteva luni de cînd venise la serviciu şi că noi nu ştiam mare lucru despre ea, despre ce gîndea cu adevărat. Şi mai ales despre ce simţea: reflectînd la asta, am conştientizat că nu-şi exprima nici odată părerea, nu-şi manifesta nici odată emoţiile, de nemulţumire sau de bucurie. Dacă era într-o pasă proastă sau avea un succes, glumea despre asta. Nu ştiam nici odată ce gîndea. Nici cine era. Dintr-odată, n-a mai fost atît de îndrăgită, mulţi se cam fereau de ea. Mai tîrziu, am devenit prietene şi am început s-o cunosc. Am descoperit că era o fată foarte sensibilă, mai degrabă nefericită, care se temea foarte tare că nu va fi pe placul celorlalţi şi era convinsă că în adîncul ei nu prezenta niciun interes pentru celălalt. Umorul îi era ca o haină psihologică: fără el, se simţea goală şi urîtă..."

Situaţiile de interacţiuni superficiale

Cum ne-ar putea înspăimînta nişte mici flecăreli despre ploaie şi vremea frumoasă? Totuşi, atunci cînd se lasă tăcerea la o serată, puţine persoane rămîn zen, bucuroase să profite de timpul care trece, de focul care trosneşte în şemineu, de conţinutul paharului lor şi de plăcerea de a se găsi între oameni ca să împartă o masă bună. Tăcerea creează un uşor disconfort, întrerupt de expresia: «trece un înger", care dă semnalul eforturilor pentru relansarea conversaţiei. Sau nu vi s-a întîmplat nici odată să însoţiţi într-un lift ori în timpul unui scurt drum cu maşina o persoană pe care n-o cunoaşteţi şi cu care a trebuit să „faceţi conversaţie"? Nu-i întotdeauna o plăcere, nu-i aşa? Vă confruntaţi în asemenea situaţii şi cu teama de tăcere, şi cu aceea de a spune banalităţi. Şi, desigur, într-un plan tăinuit, cu teama de a nu lăsa o impresie proastă despre sine. Aceste frici sociale, limitate la majoritatea persoanelor, ocupă uneori un loc important la cele care suferă de fobie socială. Vom vorbi imediat despre asta.

► Dincolo de frică: ruşinea

Fricile sociale sînt aproape întotdeauna amestecate cu alte emoţii negative.

Teama este adesea în centru: dacă vă aşteptaţi rîndul înaintea unei prezentări publice, veţi simţi, în momentul în care începe întîlnirea, acest sentiment de frică anticipat pe care-l numim anxietate. Apoi, în momentul în care veţi fi strigat la tribună, veţi simţi o „încarnare" a fricii, care vă va cuprinde efectiv, prin intermediul creşterii sale fizice, al accelerării ritmului inimii şi al nodurilor în stomacul şi gîtul dumneavoastră: este tracul. În cel mai rău caz, unii vor avea un atac de panică ce-i va împiedica să-şi ducă prezentarea la capăt şi-i va forţa să bată în retragere.

Dar adesea există mai mult decît frică: jenă, sfială, ruşine chiar. În vreme ce frica este emoţia pericolului, ruşinea este aceea a convingerii că n-am ştiut să facem faţă acestui pericol, sub privirea disimulat dezaprobatoare a celorlalţi[196]. Iată ce scria filosoful Vauvenargues: „timiditatea poate fi teama de blam, iar ruşinea este certitudinea acesteia". Majoritatea fricilor sociale provin din teama de a fi judecat negativ. Cînd această teamă a devenit certitudine, mai mult sub efectul convingerilor noastre intime decît sub cel al realităţii faptelor, nu mai este teama cea care ne stăpîneşte, ci ruşinea. Dacă sufăr de ereutofobie, mi-e teamă să roşesc în faţa altora. Şi odată ce am roşit, nu-mi mai este teamă - răul este făcut, însă nu mă simt mai bine, deoarece mi-e ruşine şi nu mai am decît o dorinţă: să dispar de pe faţa pămîntului. Şi asta pentru că ruşinea poate fi o emoţie şi mai distructivă decît frica: ea este mai durabilă, chiar mai insidioasă, întrucît ne face să aruncăm asupra noastră o privire depreciativă. Ea este cea care ne împinge la izolare, uneori durabilă, după un contact social pe care-1 estimăm umilitor sau, pur şi simplu, „ratat", cel puţin în ochii noştri.

Numeroase persoane care suferă de frici sociale sînt puternic marcate de ruşine. De exemplu, Bastien: „Mă îndoiesc mult de mine. Nu mă stimez. Aceste gînduri negative despre persoana mea rămîn, în general, suportabile, chiar dacă sînt dureroase, şi triste: o stare pe care o am din copilărie şi am sfîrşit prin a mă obişnui cu asta. Dar de fiecare dată cînd mă trezesc eşuînd în faţa altora, mi se pare ceva teribil. De fiecare dată cînd am vrut să nu mă las dominat de reflexele mele de frică şi să îndrăznesc să pun o întrebare în şedinţă sau să abordez o persoană necunoscută, ori chiar să-mi spun părerea în faţa cuiva care credea

contrariul faţă de mine, de fiecare dată cînd am îndrăznit să fac asta, dacă ieşea prost, era infernul. Ceea ce numesc «a ieşi prost» înseamnă, pur şi simplu, că propunerile mele au fost discutate sau contestate, chiar în mod politicos. Mi-e ruşine astfel că am deschis gura, atît de ruşine, încît bat în retragere, nu pot continua să susţin un veritabil schimb de idei, nu pot decît să fiu de părerea şefului, simulînd că ascult, cuget, că-mi schimb părerea sau rămîn la opiniile mele. Dar nu pot decît să simulez. În realitate, nu mai sînt acolo, cu ceilalţi. Am fugit deja de situaţie, reflectînd la împrejurarea respectivă. Ştiu ce se va petrece apoi: odată întors acasă, îmi voi derula din nou filmul în minte, evident în dezavantajul meu, voi reflecta neîncetat la stîngăcia mea, la lipsa de politeţe, la prostia mea. Şi în acest caz, nu sînt simple gînduri, ca de obicei, ci nişte emoţii dureroase: ruşinea le «hrăneşte» şi le creşte. Pot rămîne aşa în izolare un weekend întreg. Pe urmă, mi-e ruşine să revăd oamenii în faţa cărora am impresia că am dat greş. Ei nu înţeleg, în general. Mă iau drept un tip bizar..."

În cazuri extreme, unii pacienţi ne descriu adevărate „atacuri de ruşine", aşa cum există atacuri de panică. Nu se simt într-un pericol vital, ca în emoţia trezită de frică, ci într-un pericol social, ca şi cum ar urma să-şi piardă total statutul şi valoarea în ochii celuilalt. Etologii, aceşti specialişti ai psihologiei animale, cred, de altfel, că emoţiile ruşinii îşi au rădăcinile în raporturile de dominare şi acceptare în cadrul grupurilor animale. Ei subliniază că trebuie integrate aceste reflecţii asupra dominării pentru a înţelege bine mecanismele subtile ale fricilor sociale[197]: acestea ar fi moştenirea a două tipuri de frici ancestrale, teama reflexă de străin, prezentă la numeroşi copii mici, şi ruşinea în caz de pierdere a statutului sau teama anticipată a apariţiei acestei ruşini. Fiecare membru al unui grup animal, dar şi omenesc, are astfel nevoie să simtă că prin comportamentul lui accede la un statut în ochii altora. De fiecare dată cînd acest statut este repus în discuţie (de exemplu, pierderea unei lupte pentru un mascul dominant), animalul va manifesta semne pe care oamenii sînt tentaţi să le interpreteze ca ruşine: cîtva timp, individul umilit evită privirile, se izolează şi menţine distanţa...

Jenă, sfială, scrupule: toate emoţiile derivate din ruşine joacă astfel un rol important, agravînd sau facilitînd apariţia fricilor sociale. Anglo-saxonii le descriu sub termenul generic de self-conscious emotions: emoţiile conştiinţei - excesive - de sine[198]. Şi, într-adevăr, multe dintre frămîntările asociate lor provin din faptul că încetăm să acţionăm sau să interacţionăm pentru a ne observa, cu un ochi sever şi foarte exigent.

La fel ca în cazul altor forme de frică, fricile sociale pot fi repartizate în diferite categorii, în funcţie de obiectul temerilor, de intensitatea lor, de extinderea lor într-un număr mai mare sau mai mic de situaţii etc. Vom aborda în continuare cele trei mari categorii de frici sociale: tracul, timiditatea şi fobia socială.

O frică socială explozivă, dar limitată: tracul

Tracul poate fi considerat ca o formă normală de frică socială: este vorba despre o reacţie de teamă acută, marcată de prezenţa numeroaselor semne fizice, printre care o accelerare intensă a ritmului cardiac, tahicardia, care reprezintă adesea primul semn al acesteia. Dar şi cel mai neplăcut semn: anumite persoane îşi simt inima bătînd atît de puternic, încît au uneori senzaţia că ceilalţi ar putea aproape s-o audă sau să le vadă arterele carotide pulsînd la nivelul gîtului!

Tracul este inclus în categoria „anxietăţilor de performanţă", care pot afecta artiştii, sportivii, conferenţiarii, candidaţii la un examen sau la un interviu de angajare... Intensitatea fricii este, în general, maximă înainte de momentul în care trebuie să înfruntăm situaţia temută, apoi această frică scade, întrucît ea este „solubilă în acţiune". Pe măsură ce intrăm în scenă, ea se diminuează pînă la un nivel acceptabil, în care vom putea începe s-o uităm, ca să ne concentrăm pe esenţial: în ce scop am venit, ce trebuie să spunem sau să arătăm.

► Să facem faţă tracului

Dintotdeauna, oamenii au înţeles că arta oratoriei a reprezentat o însuşire aparte de a-şi transmite ideile şi a-şi apăra interesele. Am în biblioteca mea o cărticică amuzantă datînd din 1824, pe care mi-a oferit-o un pacient anticar, şi intitulată *L 'Art de briller en societe* (Arta de a străluci în societate), al cărei subtitlu este „Corifeul saloanelor": corifeul era conducătorul de cor în teatrul antic grecesc. În prezent, numeroase lucrări de psihologie a muncii încurajează exerciţiile pentru controlul tracului şi arta oratoriei. Dar printre

persoanele care vin să ne ceară sfatul în legătură cu tracul lor nu figurează doar cadre superioare (trac în şedinţă) sau artişti (trac în faţa publicului). Pot exista şi mame şi taţi de familie care se simt cu regularitate jenaţi să-şi spună părerea în şedinţele cu părinţii elevilor sau cu colocatarii. Una dintre cele mai frecvente forme de trac este, desigur, teama de a vorbi în faţa unui public. Care sînt factorii importanţi pe care să lucrăm? Am ajutat-o într-o zi pe una dintre colegele mele, medic universitar de spital, să-şi înfrunte temerile luării cuvîntului în public. S-o numim Anne.

Anne făcea în mod constant cursuri cu studenţii, dar fără nici o plăcere: pentru a se asigura de performanţa lor, trebuia să-i pregătească foarte bine. Înaintea cursurilor, nu dormea bine şi se simţea nervoasă. Se temea mai ales să nu aibă un lapsus în timpul cursului şi era îngrozită că nu va şti ce să răspundă la întrebările studenţilor. Era încă şi mai stînjenită pe durata şedinţelor în care, în fiecare luni, şefii de serviciu, practicieni în spital, interni şi infirmieri lucrau la dosarele pacienţilor spitalizaţi. Însă cel mai rău era în cadrul congreselor şi colocviilor medicale la care funcţia o forţa să participe sau să asiste. Dacă ea făcea o comunicare, era agitată, agăţîndu-se de notiţele şi diapozitivele ei ca naufragiatul de geamandură, întrebîndu-se întotdeauna dacă va ajunge la capăt. Nu privea, practic, sala, rămînînd fixată asupra documentelor ei. Făcea în aşa fel încît să depăşească timpul care-i era alocat, ceea ce-i permitea să evite şedinţa de întrebări. Se temea mai presus de orice ca unii colegi să n-o încolţească, subliniindu-i lipsurile sau punîndu-i o întrebare- capcană. Anne se simţea şi obligată să stăpînească perfect totul: nu se punea problema să se prezinte cu o lucrare pe care ea o considera incompletă sau conţinînd pasaje neclare. Dacă înaintea unui curs sau al unui congres dădea peste un articol sau o carte referitoare la expunerea ei, era în stare s-o ia din nou de la capăt în toiul nopţii, ca să insereze aceste date noi. Vă voi descrie principalele puncte asupra cărora am lucrat cu Anne. Ele se referă evident, sub forme învecinate, la toate persoanele suferind de trac.

Modificarea viziunii despre lume

La fel ca majoritatea persoanelor cu trac, Anne avea o viziune despre lume foarte subiectivă a contactelor cu semenii ei, studenţi sau colegi. Sub efectul fricii, ea tindea să perceapă interacţiunile umane ca pe nişte lupte pentru dominare. Tracul o făcea adesea să estimeze, în mod inconştient, că nu existau decît două poziţii posibile într-o interacţiune: să fii dominant sau să fii dominat. Cînd ţinea un curs sau o conferinţă, avea tendinţa să nu vadă în asistenţă decît adversari şi oameni cu opinii divergente, în faţa cărora trebuia să se impună. Şi absolut nici o persoană interesată de ce spunea şi care nu venise special ca s-o „desfiinţeze".

În schimb, cînd asista la o conferinţă, singurele intervenţii care-i veneau în minte erau întrebări care să încurce oratorul, remarci subliniind limitele sau zonele neclare din discursul lui sau dorinţa de a aminti un punct netratat, tocmai pentru ca ea să strălucească. În general, nu îndrăznea să intervină astfel, simţindu-şi inima bătînd cu putere doar la ideea de a ridica mîna pentru a cere cuvîntul.

Am avut cu Anne lungi discuţii în cursul cărora i-am arătat în ce punct această viziune despre lume punea numeroase probleme. Mai întîi, pentru că nu corespundea realităţii: desigur, anumite persoane sînt critice şi ostile a priori, dar ele nu constituie o majoritate. De ce să ne concentrăm asupra lor, să ne încătuşăm într-o atitudine în care obsesia noastră nu va mai fi de a schimba, ci de a nu ne lăsa încolţiţi de celălalt sau de a-l încolţi noi? Apoi deoarece această atitudine este costisitoare din punct de vedere emoţional: pregătindu-ne astfel neîncetat pentru lupta verbală, ne creşte tensiunea interioară şi devenim mai vulnerabili la trac. În sfîrşit, fiindcă are consecinţe toxice: viziunea în speţă îi face pe cei cu trac fie să nu spună nimic, fie să intervină agresiv, şi deci să genereze răspunsuri agresive. În ambele cazuri, viziunea despre lume „dominant sau dominat" este confirmată, în mod eronat.

Am examinat, aşadar, prin intermediul unor mici jocuri de rol, posibilitatea ca Anne să intervină în mod diferit. Luînd, de exemplu, obiceiul, ca spectatoare la colocvii, de a cere cuvîntul nu pentru a contrazice, ci pentru a felicita şi întreba: „Vă mulţumesc pentru intervenţia dumneavoastră, a fost cu adevărat pasionant. Aţi putea preciza punctul următor...?" Anne se temea ca atitudinea asta să nu fie, după vorbele ei, aceea a unui „lingău" şi să nu fie de mare interes pentru a continua dezbaterea. I-am cerut imediat s-o testeze, ceea ce a şi făcut. Cînd mi-a vorbit din nou despre asta, era uimită şi uşurată, ca şi cum ar fi descoperit un lucru

evident, reconfortant: „Într-adevăr, trucul dumneavoastră funcţionează. Chiar am făcut de mai multe ori asta. Şi, mai ales, am început să privesc cum făceau alţii. Şi am văzut că erau destule ocazii pentru a proceda astfel. Mai ales din partea oamenilor care păreau a fi cei mai siguri pe ei! Eu, care aveam impresia că, pentru a te face respectat, trebuia să intimidezi..." Puţin cîte puţin, Anne a învăţat şi să nu se concentreze ca înainte, în timpul conferinţelor ei, pe chipurile care-i păreau taciturne, ostile sau morocănoase, ci să privească întreaga asistenţă şi, de preferinţă, feţele senine şi zîmbitoare: „Este ciudat cum, după ce mi-am redus tracul, am impresia că nu mai evoluez în faţa aceluiaşi public..."

Stăpînirea incidentelor

Tracul pe care-l simţea Anne îi crea o stare de rigiditate psihologică. În timpul unui curs, dacă-şi pierdea firul gîndurilor sau dacă diapozitivele ei nu erau în ordinea potrivită, se panica şi se crispa, ca şi cum ar fi fost vorba despre o catastrofa! Şi în legătură cu acest lucru, am discutat puţin despre gravitatea exactă a acestor incidente şi mai ales unde să le încadrăm. Prin intermediul jocurilor de rol, am încercat să găsim moduri mai relaxante de a reacţiona în faţa unui public: „Ah! Am pierdut firul! Unde este ideea pe care voiam s-o abordez cu dumneavoastră? Să vedem dacă-mi revine... O clipă... Nu... Cu atît mai rău, să continuăm, va reveni mai tîrziu", sau: „La naiba, am pierdut diapozitivul în care se menţiona despre asta. Unde este? Aşteptaţi o clipă..."

La început, Anne era oripilată că eram capabil de o atît de mare relaxare. Ea vedea în asta o formă de neglijenţă sau de dispreţ faţă de public. Chiar şi în privinţa acestui aspect, am încurajat-o să testeze acest gen de atitudine pe durata unui curs real. I-am propus următorul exerciţiu: să îşi lase studenţii să respire respectînd un răgaz de tăcere între fiecare diapozitiv în loc să se simtă obligată să vorbească tot timpul; să pară că-şi pierde firul gîndurilor şi să trateze incidentul fără să se agaseze; să îndepărteze, în mod voit, un diapozitiv, să-l caute o clipă, apoi să pună un altul. Ceea ce ea a făcut vitejeşte şi fără să-şi atragă cea mai mică neplăcere. Şi constatînd, dimpotrivă, surplusul de confort pe care i-l dădea acest gen de atitudine.

Renunţarea la perfecţiune

Asta ne permite să abordăm perfecţionismul lui Anne, care se exprima în numeroase domenii, dintre care cel al luării de cuvînt în public. Să nu facă decît intervenţii pertinente, să pună doar întrebări clare etc. Să încerce să fie cît mai strălucită posibil era, desigur, lăudabil, dar să-şi impună acest obiectiv de fiecare dată putea fi contraproductiv: dincolo de un anumit prag, cum a remarcat chiar Anne, presiunea scade performanţa.

I-am cerut, prin urmare, să testeze această conştientizare prin „probe de realitate": de exemplu, să pregătească mai puţin un curs (adică, avînd în vedere obiceiurile ei, să-l pregătească normal). După un timp, Anne a înţeles că de fapt ceea ce pierdea în exhaustivitate cîştiga în eficacitate pedagogică: studenţii săi erau mai puţin copleşiţi de numărul mare de informaţii, pe care le considera altădată indispensabile, pur şi simplu, pentru că nu avea încredere în ea însăşi. Şi îşi rezervă mai mult timp ca să explice, să povestească, să iasă de pe şinele cursului ei greoi de savantă.

O altă experienţă marcantă pentru ea a fost ca într-o zi să-şi vadă unul dintre confraţi, ale cărui lucrări le admira, încolţit la un congres de o întrebare la care nu ştia să răspundă, dar care provenea din domeniul său de competenţe. Sigur pe sine, medicul a recunoscut calm adevărul: „Nu ştiu să răspund la întrebarea aceasta. Are cineva din sală răspunsul?" Imediat a ridicat cineva mîna şi a dat informaţia. Oratorul s-a arătat încîntat: „Iată, avem deci această informaţie", deloc îngrijorat că ea nu venise din partea lui. Dezbaterea a continuat. La închiderea simpozionului, Anne s-a dus să-şi felicite colegul şi să discute cu el despre incidentul care-i trezise totuşi propriile angoase: „În sfîrşit, se pot întîmpla asemenea lucruri..." Dar colegul nu mi-a sabotat terapia, dimpotrivă, pentru că i-a dat reţeta lui: „Fac întotdeauna tot ceea ce pot ca să respect oamenii în faţa cărora vorbesc. Însă e multă vreme de cînd am renunţat să ştiu totul, chiar în micul meu domeniu: prea epuizant şi prea stresant. Mă limitez să aflu esenţialul a ceea ce contează, să-l actualizez mereu şi să-l transmit clar. În rest..."

Exersarea constantă

Nici o schimbare psihologică nu poate fi durabilă dacă nu este susţinută de proba faptelor, dacă nu este practicată regulat în realitate. Din momentul în care şi-a început eforturile de schimbare, Anne şi-a impus, aşadar, să nu participe nici odată la o şedinţă fără să fi luat cuvîntul sau să fi pus o întrebare. Dificil iniţial (ea şi-a dat seama că păstra adesea tăcerea chiar cînd avea lucruri de spus), acest exerciţiu a devenit treptat un soi de joc care a început să-i facă plăcere. Tracul este o teamă care poate fi întotdeauna ameliorată prin exerciţii constante de luare a cuvîntului în grup.

Însă problema este că nu-i uşor să găseşti grupuri în faţa cărora să iei cuvîntul cu regularitate. De unde, fără îndoială, şi frecvenţa extremă a tracurilor invalidante: aproximativ un sfert dintre persoanele adulte nu iau nici odată cuvîntul în public, decît în cazul unei mari constrîngeri. Regula de aur este, aşadar, să profităm de toate ocaziile, nu să le aşteptăm, şi să participăm la activităţi asociative care presupun numeroase reuniuni. Ori să ne alăturăm unui grup destinat să faciliteze luările de cuvînt în public, cum încep să existe şi la noi[199].

Aşa cum se întîmplă întotdeauna în abordările comportamentale, acolo unde începem de la simplu ajungem la complex, unde ne „hrănim" gîndirea cu învăţămintele acţiunii, alte lucruri au apărut treptat în cursul terapiei ei. Pe măsură ce se descurca mai bine, Anne a început să-mi vorbească din ce în ce mai des despre copilăria sa, despre părinţii ei, despre ceea ce-i favorizase tracul excesiv. După 30 de ani, şi-a dat seama că tatăl ei, medic, pe care-1 admira mult, a fost, fără îndoială, dominat de un trac intens, evitînd orice ocazie de a vorbi în public, dar în mod atît de abil, încît ea nu a remarcat nici odată. A înţeles şi cum părinţii ei, voind să-i facă un bine, i-au inculcat atît de puternic obligaţia de a „face întotdeauna totul perfect". Şi cum, mai mulţi ani, supunîndu-se acestor reguli inflexibile, ea le-a amplificat trăsătura imperativă în loc să caute să le adapteze. Aceste conştientizări şi reflecţii au accelerat şi mai mult procesul de schimbare şi calmare interioară pe care îl iniţiase de cîteva luni. În plus, ele s-au generalizat şi în alte aspecte ale vieţii ei. Dar asta este o altă poveste...

Medicamentele

Medicamentele numite „betablocante" pot fi utile cînd semnele fizice de frică sînt foarte jenante, ceea ce se întîmplă în cazul tracului. Ele trebuie să fie luate cu aproximativ o oră înaintea situaţiei „tracogene", iar efectul lor se întinde pe mai multe ore. Propranololul (Avlocardyl) este astfel deseori prescris cu această indicaţie, cu recomandarea oficială pentru „manifestări funcţionale cardiace de tip tahicardie şi palpitaţii în cursul stărilor emoţionale tranzitorii[200]". Necesită o prescripţie după examen medical, deoarece are contraindicaţii.

Modul de acţiune al acestor betablocante este interesant în plan teoretic, întrucît, în realitate, ele nu funcţionează deloc ca tranchilizantele, adormind frica la nivel cerebral: acţiunea lor se situează la periferie, pe corp, printr-o limitare a semnelor fizice de frică. Pacienţii descriu, de altfel, cum, simţind mai puţin violent frica în corpul lor, o pot controla mai uşor în minte ca să-şi vadă mai departe de programul lor.

Atenţie, anumite forme de trac pot fi uneori fobii sociale, pe care le vom aborda în paginile următoare. În acest caz, eforturile pe care tocmai le-am descris nu vor fi suficiente într-o primă fază.

O frică socială moderată, dar jenantă: timiditatea

Timiditatea este dificil de identificat, fiindcă există peste douăzeci de definiţii ştiinţifice. Sub acest apelativ se distinge, în general, un mod de a fi obişnuit, dominat de o inhibiţie şi o rezervă în faţa tuturor persoanelor sau situaţiilor noi. Timiditatea a fost foarte larg descrisă de scriitori înainte de a fi studiată de psihologi şi psihiatri. Cu toate că este adesea considerată un fenomen benign, timiditatea, această artă a ocaziilor ratate, poate reprezenta în egală măsură o deficienţă pentru numeroase persoane şi o alterare a calităţii vieţii. Multe persoane se declară timide: aproximativ 60% dintre francezi, după diverse sondaje. Însă în spatele acestui cuvînt există o realitate foarte diferită: timidităţi punctuale, care apar numai în cazul unor interlocutori impresionanţi, şi timidităţi obişnuite, în faţa majorităţii oamenilor.

Unele sînt timidităţi „interne", imperceptibile din exterior şi simţite doar de subiect. Jules Renard scria în legătură cu asta: „Timiditate pînă la impasibilitate..." Altele sînt timidităţi „externe", perceptibile ca nişte

mici semne de jenă, de altfel nu neapărat remarcate de anturaj, ca nişte mişcări reţinute sau stîngace, ezitări, o bîlbîire etc.:

Putem estima că există trei trăsături principale ale timidităţii:

● O trăsătură emoţională, cu expresie adesea fiziologică: aritmie cardiacă, gură uscată, înroşiri...

● O trăsătură comportamentală, cu inhibiţie în situaţie socială: timidul nu ia iniţiative, aşteaptă să fie căutat...

● O trăsătură psihologică, în principal evidenţiată de conflictul permanent între dorinţa deschiderii faţă de ceilalţi şi teama de a nu fi acceptat de ei.

Pentru timid, toate „primele dăţi" sînt dificile: noi cunoştinţe, un nou loc de muncă, un nou cartier... Dar cu timpul şi repetarea contactelor, temerile scad puţin cîte puţin şi persoana timidă îşi redobîndeşte un minimum de curaj şi aptitudini de comunicare. Observăm totuşi, aproape sistematic la persoanele timide, o lipsă de stimă de sine: timidul se judecă negativ, se compară defavorabil cu alţii... Asta îl face în mod particular sensibil la eşecuri sau critici şi-1 împinge să-şi asume minimum de riscuri posibile, de unde şi o limitare a capacităţilor lui de schimbare.

► Să facem faţă timidităţii

„Proasta şi neplăcuta mea timiditate pe care n-o puteam învinge...", scria Rousseau, ale cărui lucrări autobiografice ne arată că suferea de aşa ceva. Cu toate că timiditatea nu este o boală, ea este adesea un impediment pentru calitatea vieţii, facilitînd arta de a rata ocaziile şi obligînd adesea persoana timidă să se afle într-o poziţie inferioară în raport cu competenţele ei reale, în favoarea persoanelor poate mai puţin dotate, însă mai îndrăzneţe... Ea poate fi, de asemenea, asociată cu tendinţe depresive, pentru care va reprezenta un factor agravant: adesea, în acest context sîntem chemaţi să ajutăm persoanele timide. Numeroase lucrări au fost, desigur, consacrate celor o mie şi una de modalităţi de a lupta împotriva timidităţii[201]. Iată cîteva dintre sfaturile cele mai importante în materie, ilustrate de mici exemple de terapie.

Exprimarea gîndurilor şi emoţiilor complexe cînd Sebastien intră într-un magazin de haine, este, în general, crispat. De aceea a încercat un timp să se îmbrace utilizînd nişte cataloage de vînzare prin corespondenţă. Dar cumpărăturile la distanţă au şi ele inconveniente: astfel, după ce a achiziţionat un număr de pantaloni prea scurţi şi de cămăşi al căror material îl zgîria, Sebastien s-a decis să revină să-şi cumpere hainele din buticuri. Este crispat, întrucît, dacă încearcă mai multe haine şi niciuna nu-i convine, este foarte supărat că 1-a făcut pe vînzător să piardă timp. În zilele în care nu este în formă, se simte, aşadar, obligat să cumpere o haină care nu-i vine bine. În zilele în care se simte un pic mai vioi - în realitate, în zilele în care vînzătorul îl intimidează mai puţin, refuză; însă cu greu, tîrguindu-se asupra croielii, ţesăturii, bătînd în retragere cu capul plecat, pe cît posibil cînd vînzătorul e întors cu spatele sau este ocupat cu un alt client. Lui Sebastien nu-i place să se comporte aşa, dar nu se simte deloc în largul lui şi nu reuşeşte să se schimbe.

După ce a reflectat la fricile lui - chinuirea vînzătorului fără să cumpere nimic, agasîndu-l că l-a făcut să piardă timp, suferind o remarcă usturătoare din partea acestuia din urmă - şi după ce le-a discutat - este de acord să recunoască faptul că sînt eronate, dar cînd se găseşte în faţa vînzătorului, totul se înceţoşează - Sebastien va practica împreună cu mine cîteva exerciţii. Îl întreb mai întîi care-i sînt toate gîndurile care-i trec în acel moment prin minte. Şi, într-adevăr, Sebastien se simte rău, pentru că lucrurile sînt complicate: are simultan dorinţa de a nu cumpăra nimic, însă şi jena de a pleca în final cu mîna goală în vreme ce vînzătorul şi-a dat silinţa, Îi propun deci lui Sebastien: „De ce nu spuneţi, pur şi simplu, ceea ce tocmai mi-aţi explicat? Chiar tot ce aveţi în minte, în loc să faceţi o imposibilă sinteză. De exemplu: 1) Vă mulţumesc mult că v-aţi dat toată silinţa pentru mine. 2) Îmi pare sincer rău, nimic nu-mi place cu adevărat. 3) Prefer să nu cumpăr nimic astăzi, ca să nu am regrete. 4) Mulţumesc încă o dată. La revedere!" Fac apoi cu Sebastien cîteva jocuri de rol în care încercăm acest tip de atitudine în diferite contexte, cu diferite reacţii posibile ale vînzătorilor.

Apoi îl încurajez să meargă să testeze această strategie în magazine reale. Insist: ‚Amintiţi-vă, ar fi optime două mesaje clare, unul pozitiv şi unul negativ, de tipul: «Sînteţi foarte drăguţ, dar nu iau nimic», decît un mesaj vag şi molatic de tipul: «Eh, nu-mi place prea mult, ezit un pic...»"

După cîteva adaosuri şi exerciţii pe teren, Sebastien a înţeles esenţialul: multe dintre problemele timidităţii sînt legate de stări sufleteşti contradictorii, de nehotărîri între dorinţe care par incompatibile. În exemplul nostru: să nu cumpere nimic şi să nu chinuiască vînzătorul. Cel mai simplu va fi să se ţină seama de aceste două nevoi, de aceste două tendinţe, de a le face compatibile în loc să le punem în competiţie. Şi să învăţăm treptat să transmitem mesaje mai clare şi tranşante şi să le observăm impactul.

Luarea iniţiativei

Clementine participă adesea la serate unde nu cunoaşte multă lume. În ciuda timidităţii ei, este apreciată de multe persoane. Foarte repede, este invitată. Şi Clementine nu vrea să fie timidă, îi plac mult contactele sociale, să vorbească, să întîlnească oameni, Însă se întîmplă ca unele serate să nu fie aşa cum i-ar plăcea şi să o dezamăgească. Mai ales dacă ea nu le „începe" bine. O seară care „începe bine" este atunci cînd i se prezintă imediat mai multe persoane simpatice care o vor face să fie în largul ei. Odată „încălzită", ca un sportiv, Clementine se simte astfel capabilă să participe la conversaţii. Vorbeşte, pune întrebări, îşi exprimă părerea. Se simte liniştită în legătură cu interesul pe care-1 poate suscita în ochii celorlalţi. Dar doar dacă ceilalţi au făcut primul pas. Astfel, îşi recapătă încrederea în ea. Cum frica ei este să nu fie interesantă, să nu fie dorită şi aşteptată, se teme întotdeauna să nu deranjeze o persoană vorbindu-i cîtă vreme această persoană ar prefera, poate, să rămînă singură sau n-ar avea chef să discute cu ea. Se teme să nu inoportuneze un grup „infiltrîndu-se", cum spune ea, intervenind într-o conversaţie deja începută. Clementine nu face nici odată asta.

Îi explic: „Ei bine, exact asta este problema dumneavoastră", şi-i propun jocuri de rol în care ea îşi va „asuma riscul" de a aborda oamenii, de a merge spre ei pentru a se prezenta, a pune cîteva întrebări, a tatona terenul.

„Şi dacă simt că n-au foarte mult chef să vorbească?", întreabă Clementine. „În acest caz, vă luaţi liniştit la revedere, politicos, cum ştiţi s-o faceţi. Însă cel puţin aţi verificat, şi nu doar v-aţi imaginat. Este normal ca nu toată lumea să aibă neapărat chef să vă vorbească, nu? Şi în plus, veţi fi acţionat de una singură în loc să reacţionaţi doar la solicitări."

Pe urmă Clementine şi cu mine exersăm în noi jocuri de rol, în care ea abordează încă de la sosire toate persoanele aflate deja acolo: ca să se prezinte, să ştie cine sînt şi să schimbe una sau două mici fraze. După care, rosteşte cu un zîmbet larg: „Încîntată de cunoştinţă. Pe curînd poate..." Pentru serata viitoare la care este invitată, Clementine va încerca să procedeze astfel, ca să evite ceea ce ea numeşte o „decuplare": „La o serată, cînd n-am vorbit cu cineva o vreme, ştiu că apoi va fi din ce în ce mai greu să mă cuplez din nou, chiar dacă sînt abordată. În acele momente prefer să-mi scurtez vizita şi revin acasă". Altă dată, i-am propus să se adreseze tuturor persoanelor de la serată care purtau ceva roşu. Pe Clementine a amuzat-o să aibă astfel o „misiune de îndeplinit", a cărei logică o cunoştea doar ea.

Să luăm iniţiativa pentru a nu ne comporta ca un copilaş în aşteptarea aprobării: ca întotdeauna, aceste exerciţii nu sînt propuse „sec", aşa cum vi le relatez aici. Ele sînt însoţite de o întreagă pleiadă de discuţii referitoare la „de ce" şi „cum" ale fricilor timizilor noştri. Dar fără ele, aceste discuţii s-ar învîrti în mod steril în cerc...

Să învăţăm să ne afirmăm cu calm

Maşina lui Martin a făcut pană. Un panou indică un garaj la trei kilometri. Martin se va duce, aşadar, acolo pe jos. Pe drum, începe să reflecteze: „Cum sînt în mare încurcătură, mecanicul auto va putea profita de asta. Nu cunosc nimic despre mecanică în domeniul ăsta, îmi poate spune orice şi mă poate face să plătesc un preţ exorbitant. Mecanicii ăştia auto sînt toţi nişte escroci. Mai ales că-şi va da seama că sînt un turist. Însă n-o să mă las prostit. M-am săturat să mă las păcălit şi să fiu luat drept un fraier". Ajuns la locul cu pricina, Martin este foarte pornit şi abia 1-a salutat mecanicul, că îi zice: „Vă puteţi băga reparaţiile undeva!"

Povestesc adesea această întîmplare pacienţilor mei. pentru a le vorbi despre afirmarea de sine. Afirmarea de sine grupează un întreg ansamblu de tehnici menite să-1 facă pe celălalt să înţeleagă punctul nostru de vedere fără să se simtă agresat. O persoană care nu ştie să se afirme, mai precis care nu ştie să

spună „nu", nu îndrăzneşte să ceară un serviciu sau să-şi arate nemulţumirea, oscilează în mod continuu între inhibiţie - să nu-şi exprime nevoile, dar să se supere pe ceilalţi, fiindcă nu le-au ghicit sau anticipat - şi agresivitate - să-şi expună nevoile în mod ostil şi ofensiv, pentru a nu fi discutate sau puse sub semnul întrebării.

La fel ca în cazul tracului, trebuie să învăţăm aceste persoane timide să nu perceapă raporturile sociale ca pe nişte înfruntări, raporturi în care nu poţi fi decît dominant sau dominat, în care există neapărat cineva care greşeşte şi cineva care are dreptate, cineva care cîştigă şi cineva care pierde. Scopul este să ne plasăm pe terenul contactului social şi al colaborării. Dacă sînt în litigiu sau în dezacord, să încerc mai întîi să dialoghez înainte să agresez. Logic? Da, doar că, sub impulsul furiei, ea însăşi facilitată de frică şi de lipsa de stimă de sine, timizii oscilează adesea, cînd decid să intervină, de la inhibiţie la agresivitate.

Tehnicile de afirmare de sine sînt uneori folosite în grup şi au reprezentat un avans important în ajutorul adus persoanelor, timide, oferindu-le posibilitatea de a exersa în stiluri de comunicare eficace, pe care educaţia sau traiectoria lor de viaţă nu le-au dat ocazia să le înveţe[202]. Ele sînt cu precădere utile copiilor şi adolescenţilor timizi: intervenţii precoce le pot aduce mult confort şi îi pot scuti de multe tatonări, adică suferinţe[203]. Ca întotdeauna, aceste transformări comportamentale deschid calea spre o modificare a viziunii despre lume, cu o privire „mai" egalitară, o mai bună stimă de sine etc.

Atenţie, ca şi în cazul tracului, anumite timidităţi sînt maladive: un studiu recent a arătat că aproximativ 20% dintre subiecţii depistaţi ca timizi sufereau, în fapt, de fobie socială[204]. Vom aborda în continuare aceste frici sociale extreme.

O frică maladivă: fobia socială

Povestea lui Maxime ne duce cu mult timp în urmă. A fost de mai multe ori considerat de medici drept un depresiv, un alcoolic, un schizofrenic. Suferea, în realitate, de o fobie socială.

Copil, Maxime era un băieţel mai degrabă timid, dar foarte bine adaptat vieţii în grup. Cu toate că era rezervat la cursuri şi uşor intimidat cînd trebuia să iasă la tablă, Maxime avea prieteni, era integrat într-o „gaşcă". Lucrurile s-au stricat în adolescenţă, în clasa a XI-a: în mod ciudat, Maxime a început într-o zi să tremure în sala de mese a colegiului după ce şi-a luat paharul ca să bea. S-a gîndit că era un pic obosit şi nervos. Dar a doua zi, Maxime a simţit o mică teamă înaintea mesei şi l-a apucat din nou tremuratul ducîndu-şi paharul cu mîna acoperită la gură. A treia zi, s-a întîmplat la fel luînd farfuria din mîinile unui coleg. A avut impresia că, de fapt, acesta din urmă i-a observat tremuratul şi-1 privea uşor tulburat; cu toate acestea, nu i-a făcut nici o remarcă. Pe urmă, Maxime a evitat să mai bea în sala de mese şi strîngea puternic furculiţa în mînă, pentru a nu mai tremura. După o vreme, a decis să nu mai frecventeze cantina şi să meargă mai degrabă în sala de clasă între orele 12-14. Treptat, a început să se simtă rău la cursuri: se temea să nu tremure ieşind la tablă; se temea mai ales de orele de chimie, unde trebuia uneori să transfere lichide dintr-o eprubetă în alta sub privirea elevului aşezat alături de el sau, mai rău, a profesorului. În autobuzul şcolar, era jenat de priviri şi simţea că, în acele momente, îi tremura capul. Prin urmare, le-a cerut părinţilor lui să-i cumpere o motoretă, fără să le mărturisească motivul. De acum înainte, se ducea la liceu pe două roţi, fie că ploua, ningea sau bătea vîntul. Orice, numai să scape de angoasele din autobuz. Puţin cîte puţin, aceste frici s-au generalizat, iar el a început să se izoleze din ce în ce mai des. A reuşit să-şi ia bacul în condiţii dificile: nu suporta, la probele scrise, să simtă privirea supraveghetorilor care-1 observau, poate, în timp ce scria. Aşadar, nu-şi completa foile decît atunci cînd aceştia, plimbîndu-se prin sală, îi întorceau spatele.

A trebuit să renunţe la studiile universitare: nu suporta amfiteatrele pline ochi, unde era obligat să ajungă printre primii pentru a fi sigur că prindea un loc în colţ, în spate, şi unde, în orice caz, nu putea lua notiţe. Şi-a dat, deci, toate examenele de licenţă prin corespondenţă. Fiindcă era dotat, le-a trecut şi a devenit inginer. Incapabil să se prezinte la un interviu de angajare, fiindcă îl apuca un tremurat îngrozitor (sau, cel puţin, aşa i se părea), a fost angajat de nişte prieteni de familie, cărora nu le-a mărturisit nici odată nimic. Totul a mers bine iniţial, dar cu timpul a început să consume alcool, pentru a suporta zilele de lucru, şedinţele pe care nu le putea evita, cu toate că a fost considerat maestru în arta de a-şi muta gîndurile în cu totul altă parte în acele momente. Avea întotdeauna asupra lui sticluţe de votcă, în eventualitatea unei situaţii speciale

neprevăzute, cum ar fi o convocare la superiorul lui sau o întîlnire neplanificată: îşi dăduse seama că tremura mai puţin cînd consuma alcool. Şi i se părea că votca avea un efect rapid şi-i parfuma puţin halena. Era apreciat în întreprinderea lui, întrucît se dovedise un muncitor harnic şi amabil cu toată lumea. Una dintre colege s-a îndrăgostit de el, i-a făcut curte şi s-au căsătorit.

Maxime continua să bea, din ce în ce mai mult, şi în mod „preventiv": înainte de a se duce la muncă dimineaţa, înainte de a merge la cumpărături în weekend sau la seratele cu prietenii, cînd nu găsea un pretext plauzibil ca să le evite. În mod curios, nu înţelegea bine ce i se întîmpla. Cei doi medici generalişti pe care i-a cunoscut au menţionat stresul, surmenajul, nervozitatea; au prescris tranchilizante, care au avut un efect modest. În orice caz, erau, în mod clar, mai puţin eficace decît alcoolul, pe care continua să-1 consume. Uneori făcea amestecuri din cele două, care-l ameţeau bine, dar îl calmau. Medicul lui generalist l-a trimis la un psihoterapeut, însă acesta s-a mulţumit să-i pună întrebări şi să-1 asculte. După o vreme, Maxime s-a săturat de aceste şedinţe în care trebuia „să monologheze în.faţa unui sfinx în penumbra unui cabinet" şi care, în ochii lui, nu-i aduceau mare lucru.

Situaţia lui s-a degradat treptat, sfîrşind prin a fi concediat. Soţia lui născuse de un an, iar el a profitat de ocazie pentru a sta cu bebeluşul acasă. Asta i-a accentuat şi mai mult degringolada: a început să iasă din ce în ce mai puţin şi din ce în ce mai greu. Avea impresia că toată lumea de pe stradă îl privea şi nu-1 vedea decît ca pe „şomerul tremurînd care se tîrăşte cu ţîncul lui prin cartier". Nu se mai ducea nici la cumpărături, nici cu fiul în parc. Soţia lui a decis să-şi înscrie copilul la creşă, simţind că situaţia era toxică atît pentru tată, cît şi pentru fiu. Lui Maxime nu-i mai rămînea decît o activitate: să-şi însoţească la creşă copilul dimineaţa şi să-1 ia seara acasă. Pentru asta trebuia să bea o jumătate de litru de votcă înainte de fiecare traseu, ceea ce însemna un litru pe zi, dacă nu avea alte obligaţii sociale: să se ducă să caute un pachet recomandat la poştă, să primească muncitori în apartament... În aceste cazuri, dozele creşteau. Soţia lui Maxime 1-a însoţit la consultaţii la mai mulţi psihiatri. Unul l-a spitalizat pentru o cură de dezintoxicare: Maxime a început să bea din nou încă de la ieşire. Altul a cerut să-i vadă soţia între patru ochi şi a anunţat-o că soţul ei era schizofrenic. Într-adevăr, Maxime era „bizar", cum sînt uneori aceşti pacienţi: evitînd privirile, vorbind puţin, exprimînd cu stîngăcie ce simţea. I-au fost prescrise diverse medicamente, fără mare succes.

Într-o zi în care Maxime, probabil, s-a alcoolizat prea repede, s-a rătăcit pe stradă, ducîndu-se să-şi ia fiul de la creşă. A fost „cules" de un comerciant care l-a recunoscut şi căruia a încercat să-i relateze povestea lui: a bolborosit numele fiului său, a izbucnit în lacrimi, vorbind despre dorinţa lui de a muri... A fost ridicat, împleticindu-se, de pompieri şi dus la spital. După un bilanţ şi o consultaţie amănunţită, unul dintre psihologii noştri a pus, în cele din urmă, diagnosticul corect: Maxime suferea de o fobie socială foarte severă. După un an de tratament adaptat, era vindecat...

Povestea lui Maxime uimeşte întotdeauna studenţii. Şi-i impresionează prin veritabilul parcurs de combatant al acestui subiect înainte de a fi diagnosticat potrivit pentru fobia lui. Între momentul în care primele lui tremurături şi primele evitări au apărut şi cel în care boala lui Maxime a fost identificată, s-au scurs douăzeci de ani. Poveşti ca a lui sînt nenumărate în unitatea noastră de îngrijiri, specializată, între altele, în acest tip de fobii.

► Fricile sociale la maximul lor

Fobia socială se defineşte printr-o frică socială intensă şi invalidantă: persoana care este afectată de ea se teme să le dezvăluie observatorilor sau interlocutorilor ei vulnerabilitatea sa (înroşindu-se, tremurînd, transpirînd) sau limitele ei (arătîndu-se prea puţin inteligentă sau cultivată).

Din cauza acestui fapt, situaţiile sociale în care individul se simte vulnerabil vor provoca iniţial mare suferinţă, iar cel mai adesea sînt evitate, chiar dacă asta trebuie să pună numeroase probleme sociale sau profesionale. Ieşitul la cumpărături poate crea panică şi căutarea unui loc de muncă e posibil să devină o misiune imposibilă; şomajul este, de altfel, o dramă pentru fobicii sociali, cel mai adesea incapabili să depăşească parcursul de obstacole al interviurilor de angajare. Gravitatea fobiei sociale va depinde, între alţi factori, de situaţiile temute: dacă sînt numai situaţii de performanţă, precum a vorbi în cadrul unui grup sau a

îndeplini o sarcină în public, deficienţa rămîne moderată. Dacă, în plus, se teme de interacţiunile cotidiene cu semenii săi, ca să stea de vorbă sau să cunoască alţi oameni, viaţa fobicului social devine mai săracă şi mai complicată. Iar dacă fricile sînt legate de cea mai mică privire asupra sa, fiecare zi devine un infern.

După ce au fost mult timp confundate cu timiditatea sau chiar cu agorafobia (în care, vom vedea, frica de locuri publice are o altă origine), fobiile sociale sînt în prezent catalogate ca o tulburare foarte frecventă şi preocupantă: studiile epidemiologice arată că 2 pînă la 4% din ansamblul populaţiei ar fi afectată[205], această cifră urcînd chiar şi la 10% dacă luăm în considerare formele fricilor sociale invalidante[206]. Mulţi dintre fobicii sociali suferă în egală măsură de depresie şi de alcoolism. Depresia este, fără îndoială, consecinţa izolării şi a eşecului social care marchează majoritatea pacienţilor. Ea este şi asociată, probabil, cu sentimentele recurente de ruşine cu care se confruntă. Cît despre alcool, chiar persoanele care nu suferă de anxietate socială ştiu că băutul facilitează contactele sociale: alcoolul este un „lubrifiant social", de unde şi omniprezenţa lui în toate ceremoniile cu scop convivial. Problema pentru fobicii sociali este, pe de o parte, că ei pot deveni dependenţi foarte repede şi, pe de altă parte, că nu consumă alcool doar în momentul întîlnirilor sociale, ci şi înainte, ca să se „pregătească" şi să-şi înece frica, şi după aceea, ca să-şi sufoce ruşinea, întrucît sînt convinşi că s-au comportat ridicol şi nepotrivit.

La pacienţii cu fobie socială este nevoie de mult timp pentru a fi corect diagnosticaţi şi trataţi: în urmă cu cîţiva ani treceau, în medie, cincisprezece ani între începutul tulburărilor şi primul tratament. Din cauza costului individual şi social[207], o mai bună formare a medicilor şi psihologilor în scopul de a cunoaşte şi trata această boală este la ora actuală indispensabilă.

Diferenţele între timiditate şi fobie socială

Timiditate	Fobie socială
Mecanisme de obişnuire frecvente: pe măsura întîlnirilor cu persoana sau situaţia, teama scade.	Mecanisme de sensibilizare frecvente: pe măsura întîlnirilor cu persoana sau situaţia, teama creşte.
Preocupări episodice pentru inhibiţia sa.	Preocupări obsedante pentru vulnerabilitatea sa.
Teama de a fi ţinut la distanţă.	Teama de a fi agresat.
Teama atinge rareori panica.	Teama atinge frecvent panica.
Evitări limitate şi anxietate de confruntare moderată.	Evitări frecvente şi anxietate de confruntare foarte importantă.
Persoana este percepută de anturaj ca timidă şi emotivă.	Persoana este percepută de anturaj ca distantă şi bizară.
Sentiment de tristeţe după performanţele sociale „ratate".	Sentiment de ruşine profundă după performanţele sociale „ratate".
Alterare moderată a calităţii vieţii.	Alterare importantă a calităţii vieţii.

► Fobia socială poate avea diferite feţe

În cazul în care cea mai mare parte a situaţiilor sociale constituie surse de teamă, chiar cele mai anodine în aparenţă, vorbim despre fobii sociale generalizate. Persoana se simte judecată, indiferent ce are de făcut: să stea în faţa cuiva într-un mijloc de transport în comun, să discute cu un vecin sau să cumpere un produs obişnuit de la un vînzător. Pacienţii au recurs adesea, pentru a-şi ascunde vulnerabilitatea emoţională, la nişte strategii de disimulare: să se machieze pentru a masca o înroşire, să tacă pentru a nu spune prostii, să evite privirile pentru a nu-şi trăda jena printr-o expresie îngrijorată... sau, pur şi simplu, să iasă cît mai puţin posibil din casă.

Alte fobii sociale sînt numite elective şi sînt specifice unui număr limitat de situaţii, de exemplu luarea cuvîntului în public: se evaluează că 10% din ansamblul populaţiei prezintă o fobie de a lua cuvîntul în public[208]. Cifra urcă la 30% dacă includem persoanele cărora le este foarte frică, dar se estimează că teamă

asta nu a provocat neapărat suferinţă sau deficienţe majore în existenţa lor. Trebuie diferenţiate aceste fobii sociale elective de simplul trac: majoritatea oamenilor simt, într-adevăr, o teamă, uneori puternică, înainte de a vorbi în public. Însă de îndată ce încep să vorbească, ea se disipează: teama este maximală înaintea acţiunii, apoi scade rapid, pentru a ajunge chiar la un sentiment de uşurare odată intervenţia terminată. În schimb, în fobia socială, indispoziţia persistă sau chiar creşte în timpul cuvîntării şi nu încetează la sfîrşitul acesteia decît pentru a face loc unui sentiment de ruşine şi eşec.

Fobia socială poate fi asociată cu nişte profiluri foarte variate de personalitate[209]: există printre fobicii sociali atît sociabili, cît şi mizantropi, ca în ansamblul populaţiei. Unii dintre aceşti pacienţi prezintă personalităţi numite evitante: ei sînt foarte sensibili la judecata altuia, nu se implică în relaţiile sociale decît cu condiţia de a fi siguri că sînt acceptaţi, se percep inferiori altora etc. Sensibilitatea lor accentuată la respingere îi face foarte interpretativi: un zîmbet va fi perceput cu uşurinţă ca dispreţuitor sau compătimitor, însă lipsa acestuia va fi interpretată ca un semn de respingere sau de dispreţ.

Alţi pacienţi aleg confruntarea: înfruntă, în ciuda fricii lor, situaţiile sociale de care se tem. Datorită acestui fapt, aceste persoane pot exercita responsabilităţi sociale înalte. În ceea ce priveşte contactul social, se manifestă adesea cu răceală sau o relativă agresivitate, permiţîndu-le să ţină anturajul la distanţă. Aceste atitudini de indiferenţă faţă de celălalt sau de impasibilitate aparentă nu sînt decît de suprafaţă, pentru că angoasa este foarte prezentă, iar preţul ei emoţional este ridicat; anumite lucrări sugerează, de exemplu, că astfel de pacienţi ar prezenta un procent anormal de ridicat al tulburărilor cardiace legate de stres.

Anumite fobii sociale sînt centrate pe teama apariţiei unor simptome fizice: în principal, înroşitul, tremuratul sau transpiratul. Unii dintre aceşti pacienţi cred că, dacă i-am vindeca de simptomul lor fizic, n-ar mai avea nici o problemă. Ei optează chiar pentru chirurgie: sînt practicieni care propun o secţionare a nervilor simpatici, responsabili anatomic de înroşire. Dar nu există studii controlate riguroase care să dovedească eficacitatea acestei chirurgii mutilatoare şi ireversibile. Şi rezultatele ei sînt foarte aleatorii, în funcţie de pacienţi, inducînd adesea efecte secundare, precum transpiraţii abundente ale părţii de jos a corpului... Aceste fobii sociale centrate pe teama apariţiei unui simptom fizic prezintă un ansamblu de caracteristici particulare, de aceea o vom detalia puţin pe cea mai frecventă dintre ele...

► Teama de a roşi

„E suficient ca o persoană să declare în prezenţa mea: «Mi s-a furat umbrela» şi imediat mă tulbur, îmi schimb culoarea. E paradoxal, deoarece nu pot suferi umbrelele şi nici măcar nu mă interesează! Da, iau instantaneu un «aer de circumstanţă», un aer care nu se poate să nu pară dubios în ochii celorlalţi. Simt nevoia să mă disculp. Mă bîlbîi. Improvizez două sau trei poveşti, uneori mincinoase, pentru a stabili că nu ştiam de existenţa acestei umbrele, că eram absent cînd umbrela aceasta a dispărut..."

Aceste rînduri sînt extrase din Jurnalul lui Salavin, una dintre numeroasele lucrări ale unui scriitor astăzi căzut în dizgraţie: Georges Duhamel. Ele ilustrează de minune frămîntările persoanelor ereutofobe.

Din grecescul ereuthos, care înseamnă roşu, ereutofobia, această spaimă obsesivă de a roşi, este una dintre cele mai dureroase forme de frică socială. Înroşirea este, de altfel, proprie fiinţei umane: nici o altă specie nu prezintă acest tip de manifestare asociat cu teama sau jena. În ereutofobie, înroşirea este total incontrolabilă şi chiar agravată de tentativele de control: cu cît subiectul se forţează să nu se îmbujoreze, cu atît se concentrează pe tulburarea lui şi se îngrijorează din cauza ei, amplificînd-o şi mărindu-i nivelul de activare emoţională.

„Odată apărută, înroşirea mă acaparează şi zdrobeşte restul", îmi povestea Héloïse, o pacientă. Persoana care se teme să nu roşească, şi care începe să roşească, se va simţi profund incomodată să continue corect discuţia în care era angajată, concentrîndu-se pe tulburarea ei („nu-i normal", „începe din nou", „ce se va crede despre mine?"), în loc să fie atentă la interacţiunea în curs. De altfel, tulburarea provocată de înroşit, mai mult ca înroşitul în sine, este cea care, în general, atrage atenţia asupra celor care roşesc: se opresc din vorbit sau nu mai răspund decît prin monosilabe, devin nervoşi sau încremenesc, ca şi cum ar fi absenţi. Sînt pe punctul de a simţi că roşesc, de a simţi că „se topesc", neputincioşi şi descurajaţi. „Este ca şi cum eram pe punctul de a face pe mine vorbind cu cineva", îmi spunea într-o zi Héloïse.

După o anumită perioadă de evoluţie, înroşitul, asociat la origine cu situaţiile jenante, sfîrşeşte prin a apărea în mod anarhic, chiar în lipsa oricărei mize emoţionale: o tăcere, un subînţeles, o privire pot fi factori declanşatori. Cu toate că asta poate părea ciudat şi disproporţionat unui observator din afară, înroşitul în faţa altcuiva reprezintă pentru ereutofob cea mai mare dezonoare. Subiectul este convins astfel că interlocutorul va face numaidecît o serie de consideraţii depreciative: „O persoană care roşeşte este o persoană fără valoare, fără personalitate, fără interes, fără forţă, fără virilitate (pentru bărbaţi), sexual tulburată de interlocutorul său (pentru femei)".

De aceea, ereutofobii vor utiliza numeroase stratageme de disimulare: machiaj sau meşe lungi de păr la femei, gulere întoarse chiar şi vara, pentru a masca înroşirile decolteului, perdele trase, în scopul de a asigura o penumbră protectoare, pseudo-strănuturi, ca să-şi ascundă faţa într-o batistă, chiar fuga precipitată de privirile indiscrete... Putem înţelege deci cum teama de înroşit în faţa altuia capătă la aceşti subiecţi un aspect obsesional şi proporţii uneori prost înţelese de anturaj, fiecare circumstanţă socială devenind obiectul unei evaluări: „Această situaţie riscă să mă facă să roşesc în faţa celorlalţi?" După cum am văzut, această polarizare sfîrşeşte, de altfel, prin a deveni în sine unul dintre principalii factori declanşatori ai înroşitului, chiar dacă, în mod evident, remarcile eventuale ale anturajului întăresc durabil şi obiectiv înroşitul[210].

Mulţi dintre subiecţii ereutofobi sînt convinşi la început că tulburarea lor are o origine hormonală sau circulatorie. Un psihiatru din Belle Epoque[211] povestea cum a fost vindecat, din păcate temporar, un pacient obsedat de această teamă de a roşi, facîndu-l să creadă că i se prelevase sînge pentru a se elimina un exces de sînge! Lucrurile sînt, desigur, mai complexe. Mecanismul psihologic standard al subiectului ereutofob poate fi rezumat după cum urmează:

● Subiectul este mai întîi convins că pînă şi cea mai mică înroşire a chipului sau decolteului său este vizibilă din exterior: „Jena mi se citeşte pe faţă".

● Crede că detaliul ăsta va fi reperat de către interlocutor: „Toată lumea va observa rapid".

● Apoi deduce din asta că interlocutorul lui va atribui acestei înroşiri o judecată de valoare negativă: „Nu-i fără urmări, se va descoperi că sînt slab şi vulnerabil".

● Este convins că această judecată de valoare va genera nişte comportamente de respingere, mai mult sau mai puţin ironice sau dispreţuitoare: „O să-şi bată joc de mine sau o să mă respingă".

● Convins de aspectul ineluctabil al acestei înlănţuiri, concluzionează că e mai bine să facă orice - şi deci să fugă - pentru a evita momentul: „Orice, numai să nu roşesc în faţa altora".

Fără îndoială, la ereutofobi, neînţelegerea despre fricile sociale atinge cotele maxime: acolo unde anturajul nu vede decît o trăsătură de caracter fără importanţă şi fermecătoare, persoanele care suferă de înroşiri incontrolabile se percep ca grav vulnerabile şi puternic afectate.

Ştiinţa fricilor sociale

O veste bună pentru persoanele care suferă de frici sociale: după ce au fost uitate de terapeuţi şi cercetători decenii întregi, ele revin, în sfîrşit, sub lumina reflectoarelor, beneficiind deja de unele progrese în materie de tratament. Aceste informaţii pe care vi le propun despre starea cercetării nu ilustrează o simplă plăcere ştiinţifică, ci permit persoanelor cu frici excesive să se învinovăţească mai puţin în faţa vulnerabilităţii lor emoţionale şi să se implice mai mult, înţelegînd sensul anumitor eforturi cerute. În faţa unei fobii, este inutil să te judeci, dar este necesar să te concentrezi la maximum să o combaţi...

► O amigdală cerebrală foarte sensibilă la chipurile ostile?

Prezentînd foarte rapid, pe un ecran de calculator, fotografii cu chipuri ameninţătoare unor persoane cu fobii sociale, ne dăm seama că, de fapt, acestea din urmă le detectează mai rapid ca nişte persoane care nu suferă de această patologie[212]. Ele reperează în egală măsură mult mai repede chipurile ostile decît chipurile neutre[213]. Aceste rezultate arată că nu este vorba despre o hipersensibilitate „oarbă" la chipurile umane, ci, pur şi simplu, exagerarea unui mecanism adaptat de depistare rapidă a semnalelor de potenţială ameninţare, chipurile ostile reprezentînd pentru specia noastră un risc crescut de atac, verbal sau fizic. Cînd studiem ceea ce se întîmplă la nivel cerebral în aceste momente, ne dăm seama de următorul lucru: contemplarea feţelor

care exprimă furie sau dispreţ - alt obiect de frici sociale - provoacă o activare puternică la nivelul amigdalei cerebrale - tot ea - la pacienţii cu fobii sociale[214].

O dată în plus, aceste rezultate nu înseamnă că fricile sociale excesive nu provin „decît" dintr-o maşinărie cerebrală, ci că pacienţii aceştia trebuie să lupte împotriva unei realităţi biologice palpabile, de care trebuie ţinut seama în tratamentele pe care ne pregătim să le propunem. Aşa se explică şi necesitatea, uneori, a unui tratament medicamentos şi întotdeauna a unor psihoterapii cu impact emoţional.

►Concentrarea asupra propriei persoane în defavoarea interacţiunii

Una dintre greşelile principale comise de subiecţii cu fobii sociale asupra corpului lor care se apără este concentrarea asupra propriei persoane, şi mai ales asupra sinelui chiar înainte de a se simţi, efectiv, rău şi de a o arăta: „Cînd încep să tremur, nu mai reuşesc să mă concentrez asupra altui lucru în afara a două întrebări care devin fundamentale în ochii mei: Oare asta se vede? Cum să ies din această încurcătură? Din acest moment, conversaţia în curs este terminată pentru mine". Această predispoziţie atenţională, cum o numesc psihologii cognitivişti, o întîlnim doar în situaţii sociale[215]. Fobicii sociali nu sînt neapărat narcisişti: dacă îşi centrează atenţia asupra lor, o fac pentru că se simt în pericol, din cauza manifestărilor lor de emotivitate, pe care le consideră un factor de vulnerabilitate la posibilele agresiuni ale celuilalt. Aceste fenomene sînt, evident, caracteristice la pacienţii ale căror frici sociale provin din temerea de a manifesta un simptom fizic jenant şi uşor vizibil, precum înroşitul[216]. Şi în acest caz, autosupravegherea este la maximum.

►O tendinţă spre autocritica feroce...

Persoanele care suferă de frici sociale sînt adesea cei mai mari inamici ai lor, criticîndu-se cu o mare ferocitate: nimănui din jurul lor nu i-ar veni ideea să meargă atît de departe cu reproşurile. Au frecvent gînduri, dar şi imagini „foarte" negative în privinţa lor, care, după cum s-a arătat, le întreţin şi agravează, desigur, fricile sociale[217]. Frecvenţa acestor gînduri negative apropie în mod clar fobia socială de depresie, o altă patologie care oferă o imagine foarte alterată despre sine[218]. De altfel, dintre toate fricile excesive, se pare că fricile sociale sînt cele care expun cel mai mult la riscul de depresie; ele sînt, în orice caz, cele care generează procentul cel mai ridicat de emoţii negative în viaţa cotidiană. Din fericire, psihoterapiile modifică eficace aceste înlănţuiri repetate de idei sumbre în legătură cu sine[219].

►Toxicitatea insidioasă a ideilor negative după confruntările sociale

Am menţionat despre rolul ruşinii, o altă mare emoţie potenţial distructivă, mai ales atunci cînd se asociază cu fricile sociale. Chiar dacă nu sînt în mod clar deprimaţi, pacienţii cu fobii sociale îşi petrec mult timp repetînd întruna gînduri „foarte" negative despre ei înşişi după confruntările lor sociale[220]. S-a arătat că ideile acestea obsedante joacă un rol foarte toxic în agravarea sentimentelor de ruşine şi lipsă de demnitate: ele reprezintă într-o oarecare măsură cimentul, liantul care va imprima durabil în memoria persoanei emoţiile negative asociate cu situaţiile înfruntate. De aici şi dificultăţile ulterioare de a-şi lua măsuri de precauţie şi o tentaţie de a reacţiona la aceste dureri viitoare prin evitare. Atenţie, aşadar, la aceste perioade de repliere asupra propriei persoane care urmează eforturilor de confruntare! Ele nu joacă niciun rol reparator, ci, dimpotrivă, distructiv. Şi în acest caz, psihoterapia are un efect favorabil asupra acestui mecanism insidios toxic[221].

►Rolul furiei, mai ales al celei înăbuşite, şi riscul supunerii

Fricile sociale implică un număr mare de renunţări: nu sîntem îndrăzneţi, va trebui să renunţăm, să batem în retragere de îndată ce interlocutorii ridică tonul sau chiar sprînceana. După cum am văzut, acest lucru va spori frecvenţa gîndurilor şi emoţiilor de tristeţe şi de autoevaluare: „Nu sînt bun de nimic, nici măcar nu sînt în stare să cer restul de la brutăreasă, privind-o în ochi fără să tremur". Însă aceste numeroase renunţări provoacă şi un mare număr de frustrări şi s-a demonstrat că, printre persoanele care simt frici sociale importante, mulţi aveau sentimente frecvente de furie[222]. Pacienţii care suferă de frici sociale intense le „poartă pică" multora: părinţii, apropiaţii, persoanele care le fac remarci sau care îi observă intens...

Multe emoţii negative toxice le alterează astfel existenţa cotidiană, afectată deja de fricile lor. În plus, mulţi dintre ei îşi reprimă şi „înăbuşă" furia, în loc s-o exprime într-o manieră potrivită, atitudine care s-a

demonstrat că este nefastă pentru echilibrul general. Ca întotdeauna, aceste date sînt, în mod clar, ameliorate după terapie[223].

Cum să tratăm fricile sociale severe?

Mai mult ca orice altă formă de frică patologică, fobiile sociale induc, an după an, o modificare profundă a obiceiurilor de viaţă, bazate pe evitare şi disimulare. De aceea, terapeuţii vizează două obiective succesive: mai întîi, anihilarea înlănţuirii sufocante a bolii, prin explicaţii şi medicamente, însă şi prin primele eforturi de nesupunere la fricile sociale. O astfel de terapie durează, în general, cîteva luni. Apoi punerea în practică a noi reflexe sociale, a noi obiceiuri de viaţă. Această muncă poate lua ani întregi, dar prezenţa terapeutului nu este la fel de necesară ca în prima fază: esenţialul este ca pacientul să perceapă că a intrat din nou pe făgaşul normal...

►Medicamentele

Ca întotdeauna în fobii, tranchilizantele oferă un ajutor provizoriu, atenuînd fricile. Ca întotdeauna, ele sînt insuficiente. Ca întotdeauna, mai degrabă antidepresivele care acţionează asupra serotoninei sînt cele care reglează cel mai bine frica şi vor ajuta persoana să-şi modifice treptat automatismele comportamentale şi psihologice. Două medicamente au obţinut recunoaşterea eficacităţii lor asupra fobiei sociale în Franţa: paroxetina (Deroxat) şi venlafaxina (Effexor).

►Psihoterapiile

Terapiile comportamentale şi cognitive (TCC) au făcut dovada eficacităţii lor în cadrul numeroaselor studii ştiinţifice şi al protocoalelor de cercetare, dar şi pe teren, în condiţii variate[224]. Prin intermediul lor se poate începe astăzi tratamentul fricilor sociale severe. TCC în cazul fobiei sociale se sprijină pe aceleaşi baze precum în cazul tuturor celorlalte fobii, astfel încît se recomandă tratarea în grup de fiecare dată cînd este posibil: în afara sentimentului liniştitor de a întîlni persoane avînd aceleaşi suferinţe (mulţi dintre aceşti pacienţi îşi imaginează că sînt unici şi disperat de singuri în fobia lor), grupul permite, evident, realizarea exerciţiilor de expunere foarte particulare[225].

► Exerciţiile de expunere pentru a lupta împotriva fricilor sociale

Vă povesteam, la începutul capitolului, cîteva dintre exerciţiile efectuate adesea în terapiile noastre de grup. Există multe altele, pe care le propunem personalizat, în funcţie de dificultăţile întîlnite de participanţi, ideea de bază fiind simplă: „Dacă vă înspăimîntă ceva în viaţă, atunci e mai bine să exersaţi să înfruntaţi lucrul respectiv aici". Iată cîteva dintre principalele exerciţii de expunere pe care le utilizăm:

● Subiectul să fie observat în tăcere de întregul grup, cincisprezece minute, forţîndu-se, desigur, să privească pe toată lumea în ochi. Acest exerciţiu este foarte dificil şi foarte util. Confruntă pacienţii cu lucrul de care se tem cel mai mult: să fie în centrul atenţiei, fără cea mai mică posibilitate de a se proteja vorbind sau făcînd ceva.

● Să ia cuvîntul în faţa întregului grup, pentru a improviza asupra unui subiect la întîmplare (ultimul lui weekend, o amintire de copilărie, un film văzut recent...), fără să se grăbească aşa cum procedează de obicei, de teamă să nu fie neinteresant sau să se declanşeze o reacţie de emotivitate.

● Să suporte nişte remarci în privinţa jenei lui („Ai roşit", „Nu pari în largul tău"), mai întîi fără să răspundă la ele, apoi răspunzîndu-le într-un mod nici agresiv („Dar te-ai uitat la tine?"), nici supus („Este adevărat, am o groază de probleme, sînt foarte bolnav"). Scopul este să înveţe mai întîi să suporte emoţional acest gen de remarci, în realitate destul de rare într-o viaţă de adult, înainte să dea un răspuns care, în caz contrar, ar fi prea marcat de emoţiile patologice de frică sau furie.

● Să vorbească despre sine: cine sînt, ce-mi place, ce nu-mi place... Fără să caute să se sustragă, mai întîi răspunzînd la întrebările precise ale grupului, pe urmă spontan. Am văzut că, adesea, fobicii sociali se feresc să vorbească despre ei, atît de mult le este ruşine de ce sînt sau ce fac.

● Să fie refuzat o dată, de zece ori, de douăzeci de ori, pînă cînd simte că asta nu-i va mai crea o indispoziţie emoţională: trebuie să se desensibilizeze de alergia la nu. Multor persoane nu le place să ceară din teama de refuz, care le dă un sentiment de eşec şi umilire. Utilizăm jocuri de rol în care persoana trebuie să ceară ceva tuturor membrilor grupului, abordîndu-se unii pe alţii şi auzindu-se răspunzînd „nu" de fiecare

dată. Este adesea mult mai dur decît ne putem imagina, atît de profund este înrădăcinată în orice ființă umană ecuația „refuz = respingere" - nu numai în cei care suferă de frici sociale.

● Celor care se tem să nu tremure li se cere să mănînce mazăre sau porumb cu o furculiță sau spaghete bolognese în fața grupului care observă tăcut. Sau să ducă la gură un pahar plin ochi, să toarne lichidele dintr-o sticlă în alta etc. Atenție, scopul nu este să nu tremure: dimpotrivă, le cerem pacienților noştri să nu se abține să tremure, verificăm să nu-şi țină lipit brațul de corp sau să nu-şi încordeze muşchii, chiar fără să-şi dea seama de asta (sînt atîția ani de cînd se protejează în felul acesta!). Țelul este să nu le mai fie nici frică, nici ruşine să tremure în fața altora. Să uzeze şi să obosească reacția emoțională de frică şi ruşine legată de tremurat, ceea ce, în mod secundar, va implica reducerea şi adesea dispariția tremurăturilor.

● Să cînte la chitară, să danseze, să cînte în fața altora. Şi în acest caz, nu ca s-o „facă bine", ci ca să-şi ofere dreptul s-o facă, chiar dacă nu se pricep. Acest exercițiu prilejuieşte momente destul de emoționante, deoarece mulți pacienți nu au evoluat nici odată astfel în public. De altfel, nu ezit - ca terapeut angajat! - să le dau exemplul cuiva puțin dotat, dar care nu se fereşte s-o facă, schițînd chiar eu cîțiva paşi de dans în fața lor sau cîntînd fals. În ambele cazuri, nu trebuie să mă prefac!

► Exerciții utile şi terapeuților

Ne prelungim adesea şedințele prin nişte exerciții efectuate în afara serviciului, pentru a testa terenul reflexelor lucrate pe grup, ducîndu-ne în diferite magazine sau galerii comerciale, în metrou, pe stradă. Aceste expuneri sînt foarte eficace, însă foarte agitate pentru pacienții noştri din punct de vedere emoțional, deoarece ele reprezintă nişte eforturi cu adevărat importante. Cu regularitate, stagiarii mei psihologi, ale căror frici sociale sînt în mod normal mai scăzute decît cele ale pacienților pe care-i tratăm, îmi mărturisesc în ce situații aceste exerciții i-au învățat şi lucruri despre ei înşişi. Îmi amintesc de o stagiară venită să asiste la una dintre şedințele noastre de terapie, căreia i-am cerut să se prezinte în picioare în fața grupului, alcătuit totuşi din opt pacienți şi tot atîția stagiari sau coterapeuți.

Ea a roşit foarte, foarte tare! Şi-a dat seama de asta, dar a reacționat normal, a zîmbit, şi-a dus mîinile la obraji, spunînd: „Ia te uită, vedeți, nici pentru mine situația aceasta nu-i uşoară, simt că roşesc". Apoi s-a întors la locul ei, un pic jenată, însă nu ruşinoasă, întrucît a participat ulterior zîmbind şi punînd numeroase întrebări, Încîntat de noroc, am intervievat-o din nou la încheierea şedinței în fața pacienților, pentru a insista pe ceea ce a simțit în momentul în care a roşit: „Eram, într-adevăr, stînjenită şi tulburată, îmi spuneam că dădea rău pentru o viitoare terapeută să se îmbujoreze chiar ea. Apoi mi-am zis că nu urma să mă concentrez pe asta şi am trecut la altceva". Pacienții mei ereutofobi o ascultau atent şi sînt convins că ea le-a făcut mult bine roşind astfel, dar mai ales fiind sinceră şi recunoscînd-o. Pacienții au nevoie să descopere că terapeuții nu aparțin unei rase de persoane superioare. Nu mai mult ca oricine altcineva, de altfel. Toți terapeuții din grupul meu, inclusiv eu, povestesc întotdeauna pacienților propriile lor cazuri de frici sociale. Ei practică în egală măsură aceleaşi exerciții sau mai rău chiar. Dacă vreau ca pacienții mei să exerseze pentru a suporta sentimentul de a fi ridicoli, trebuie să mă expun şi eu ridicolului. Este o simplă chestiune de etică: să nu ceri nici odată pacientului să facă ceva ce tu nu eşti capabil să faci. Iată cum mă trezesc uneori că merg în cartierul spitalului Sainte-Anne cu turul pantalonilor lăsați sau cu cămaşa ieşită, sau cu şlițul deschis, ori cu fața acoperită de picături de sudoare, sau pe cap cu o pălărie absurdă şi în afara sezonului... urmat de un pacient care a primit sarcina să observe reacțiile trecătorilor (în general, nu-i interesează), înainte de a practica şi el exercițiul.

Toată această muncă necesită, în mod evident, o puternică alianță terapeutică: pacienții noştri trebuie să simtă că avem stimă şi simpatie pentru ei, iar aceste sentimente trebuie să fie reciproce, În caz contrar, nu ne vor urma în ceea ce li se pare la început o aventură ciudată, în vreme ce pentru noi este o terapie solidă ştiințific, codificată şi validată. Intensitatea acestor şedințe, uneori solicitante emoțional, prezintă în egală măsură un avantaj neaşteptat, pe care mi l-a rezumat astfel o pacientă: „Hm! Este atît de dur ce ne faceți aici, că, în comparație cu ce e afară, totul pare uşor!"

► Lucrul cu gîndurile proprii şi acceptarea de sine

Completăm, desigur, această lucrare comportamentală prin nişte şedinţe de terapie cognitivă, menite să ajute pacientul să-şi modifice sistemele de gîndire[226]. Într-adevăr, fricile sociale sînt asociate cu numeroase greşeli reflexe în evaluările pe care le operăm asupra propriei persoane sau a altora[227, 228]: cititul gîndului (să ghicească ce urmează să gîndească ceilalţi), judecată emoţională (confundarea emoţiilor simţite cu realitatea: „Mă simt ridicol pentru că sînt ridicol"), „catastrofizare" (transformarea unei probleme minore în dramă absolută şi definitivă) etc. Această muncă se efectuează sub formă de dialoguri cu pacienţii noştri, în cursul cărora reflectăm la situaţii precise, cu ajutorul tabelelor precum cel reprodus în pagina următoare. Ca întotdeauna, este necesar să adăugăm la această abordare centrată pe sistemele de gîndire nişte exerciţii de confruntare pe teren.

Toată această muncă asupra gîndurilor este şi ocazia de a aborda noţiunea esenţială de acceptare de sine. Greşeala pe care o comit adesea pacienţii este că vor să-şi rezolve problema de frică printr-un hipercontrol: pentru a lupta împotriva tracului meu, îmi învăţ expunerea pe de rost; pentru a lupta împotriva tremuratului, îmi lipesc braţul de corp şi-mi încordez muşchii; pentru a lupta împotriva emotivităţii mele, dau impresia că sînt în largul meu sau că sînt distant etc. Este o luptă fără sfîrşit: dacă-mi reglez problemele prin hipercontrol, rămîn convins că emotivitatea mea poate reapărea în orice moment şi că trebuie tot timpul să controlez, să mă prefac, să mă contrazic. Este un rol inadecvat la care se supun astfel multe dintre persoanele suferind de frici sociale. Singura soluţie durabilă este să-şi accepte această parte de emotivitate şi să-i facă şi pe ceilalţi s-o accepte. Este obiectul a numeroase şedinţe, în care evaluăm avantajele şi inconvenientele unei asemenea sincerităţi, testînd, totodată, prin intermediul jocurilor de rol cel mai bun mod de a vorbi despre asta, în funcţie de interlocutori...

Exemplu de rezumat cognitiv pe coloane la un pacient cu fobie socială

Situaţie provocatoare de angoasă	Gîndire automată	Gîndire alternativă
Cumpăratul unei pîini de la brutărie	Ar trebui neapărat să vorbesc despre ploaie şi vremea frumoasă cu un aer relaxat. Probabil că par bizar că nu spun nici odată nimic.	Am dreptul să nu fiu vorbăreţ. Însă, în realitate, e suficient să spun o frază sau două de banalităţi despre vreme, este un ritual social, nimic mai mult.
Şedinţă de lucru	Nu reuşesc să iau cuvîntul, mi-e prea frică să nu spun o prostie sau să nu mă exprim corect.	Nu sînt singurul care se teme să vorbească în public. Dar voi încerca puţin cîte puţin să-mi ofer mai mult părerea: văd bine că se întîmplă oricui să spună lucruri eronate sau să se bîlbîie.
Cumpăratul de haine	Am încercat mai mulţi pantaloni şi i-am irosit timpul vînzătorului: trebuie să cumpăr unul acum, chiar dacă nimic nu-mi place cu adevărat.	Vînzătorul este acolo pentru asta. Dacă-i explic amabil, va înţelege foarte bine. Mulţi oameni probează şi nu cumpără nimic. Există, cu siguranţă, clienţi mai enervanţi ca mine.

► Terapia lui Maxime

Vă relatam în paginile anterioare din acest capitol povestea lui Maxime, ajuns alcoolic din cauza fobiei lui sociale. Iată cum a fost tratat.

Maxime urmase deja un tratament cu un antidepresiv serotoninergic în trecut, dar cum nu a primit nici sfaturile, nici psihoterapia adecvate în acelaşi timp, nu s-a bucurat de un beneficiu durabil. Nu şi-a luat cu regularitate medicamentele, a fost puţin motivat şi jenat de efectele secundare. Ne-am rezervat de data asta timpul să-i explicăm în detaliu boala lui, ce putea aştepta şi ce nu de la tratament, care era, de altfel, necesar în cazul lui ca urmare a intensităţii fobiei lui sociale, şi ce eforturi personale vom solicita din partea lui.

A început astfel o terapie comportamentală individuală cu un psiholog din spital, care a stabilit cu el o listă de obiective care aveau să reprezinte cîteva ocazii de reflectat in vivo asupra dificultăţilor lui şi a modului în care le trăia. Această listă vă este prezentată într-un tabel mai departe. Fricile lui Maxime se refereau, în principal, la aspecte legate de teama de a nu începe să tremure: să nu îndrăznească să privească oamenii în ochi, să nu îndrăznească o interacţiune cu ei, să nu îndrăznească să întreprindă o activitate care i-ar putea trăda tremurăturile.

Terapeutul i-a cerut mai întîi lui Maxime să îndrăznească să se confrunte cu aceste situaţii, apoi, puţin cîte puţin, l-a îndemnat s-o facă fără să caute să-şi blocheze tremuratul. La încheierea terapiei, tremuratul devenise obiectivul principal: era vorba despre a-l provoca voluntar, pentru a-şi da seama că nu atrăgea ironii sau agresiuni verbale. Maxime a fost nevoit chiar să răspundă unor remarci cu voce tare, pe care terapeuta le făcea în privinţa emotivităţii lui şi a tremuratului său în locurile publice.

Obiectivul vizat era dublu. Pe de o parte, ca Maxime să înceteze să evite situaţiile, să conştientizeze că nu se întîmpla nimic grav şi că aproape toţi oamenii, pur şi simplu, nu-i remarcau tremuratul. Dacă Maxime putea accepta să gîndească asta calm în biroul terapeutei (cogniţii „emoţional reci"), ideile precum „toată lumea mă priveşte şi mă consideră patetic" reveneau de îndată ce se găsea în situaţii sociale (cogniţii „emoţional calde"). Confruntarea în situaţie de activare emoţională era singurul mijloc de a dezamorsa aceste cogniţii calde, ceea ce nu se putea realiza doar prin discuţie.

Celălalt obiectiv era ca Maxime să înveţe să nu se mai panicheze simţind că-i cresc emoţiile de frică şi ruşine în situaţii sociale: vrînd să le evite cu orice preţ, devenise din ce în ce mai lipsit de apărare şi mai incapabil să le înfrunte. Este ceea ce terapeuta lui îi prezenta sub termenul de „obişnuite": „În loc să fugiţi de ele cu orice preţ, trebuie să vă obişnuiţi cu ele; dacă nu mai daţi înapoi în faţa lor, ele vor fi cele care se vor retrage." Şi chiar aşa s-a întîmplat...

După şase luni de terapie, starea lui Maxime s-a ameliorat considerabil şi a reînceput să se gîndească plin de speranţă la viaţa lui.

Şi-a completat progresele cu şaisprezece şedinţe de terapie de grup, în timpul cărora a făcut numeroase exerciţii alături de ceilalţi şapte pacienţi suferind şi ei de fobie socială: să vorbească în picioare în faţa tuturor, să suporte remarci despre tremuratul său şi să le răspundă calm, fără să se justifice, să relateze despre el şi despre emotivitatea lui fără ruşine, să mănînce şi să bea încet sub privirea atentă a douăsprezece persoane din grup, tăcute.

După un an de tratament, Maxime era vindecat. Ne-a mărturisit că declicul s-a produs în mintea lui în momentul în care a înţeles, în urma întrebărilor noastre, că îi cunoaştem boala şi că nu era, aşadar, singurul care suferea de ea. Maxime a reuşit să găsească un alt loc de muncă, a avut un alt copil, a suferit o recădere cinci ani mai tîrziu, ceea ce a necesitat cîteva luni de „revizie psihoterapeutică". În prezent se simte bine.

Fricile sociale ale lui Maxime

Situaţie	Nivel de frică prezis de Maxime înainte de terapie, din 100
Să stea la terasa unei cafenele privind oamenii trecînd.	30/100
Să abordeze persoane pe stradă ca să le întrebe cît e ceasul sau cum să ajungă într-un anumit loc.	40/100
Să intre într-un magazin şi să ceară informaţii vînzătorului.	40/100
Să se aşeze în metrou pe scaunele unde este expus privirii persoanelor din faţă.	50/100
Să bea în public.	70/100
Să mănînce în public.	70/100

Să suporte remarci despre tremuratul său din partea terapeutei, mai întîi în şedinţă, apoi în afara ei.	80/100
Să tremure voluntar într-un loc public frecventat.	100/100

„M-am săturat să subvieţuiesc..."

Teama de celălalt distruge...

Unul dintre pacienţii mei care suferea de fobie socială mi-a zis într-o zi că s-a săturat nu să supravieţuiască, ci, pur şi simplu, să „subvieţuiască: să se teamă de orice şi să rateze totul". Obosise să-şi petreacă timpul fugind de situaţiile sociale în privinţa cărora visa să se delecteze.

Cum să ne evităm semenii, în vreme ce nu ne putem lipsi de ei? Drama fricilor sociale constă în întregime în această interogaţie. Fricile şi fobiile specifice, pe care tocmai le-am abordat în capitolul precedent, sau chiar tulburarea de panică şi agorafobia, pe care le vom descoperi curînd, lasă loc unei stări de bine din clipa în care nu mai sîntem confruntaţi cu fricile proprii.

Dar aceste momente de stare de bine sînt mult mai rare în cazul fricilor sociale: o întîlnire, o privire, un cuvînt pot fi angoasante. Şi lipsa aceloraşi momente, obligaţia de a le evita, de a fugi de ele ne vor frustra şi astfel existenţa noastră va deveni foarte repede ternă. Aşa cum sublinia unul dintre pacienţii noştri, „cînd sînt cu ceilalţi, mi-e frică, iar cînd sînt singur, mă deprim..."

Dintre toate fricile, fricile sociale sînt cele mai dăunătoare, deoarece privează persoanele care suferă de ele de legăturile relaţionale indispensabile oricărei fiinţe umane. Însă dacă reuşim să depăşim aceste frici, ceea ce astăzi este posibil, atunci această sensibilitate accentuată devine din slăbiciune forţă şi nu-i mai păstrăm decît părţile bune: vulnerabilitatea se transformă în intuiţie şi empatie.

Sărbătorim acest moment cu pacienţii noştri la sfîrşitul şedinţelor de terapie de grup, dedicîndu-le de cîţiva ani un mic ritual: îi invităm pe toţi să bea un pahar (nu băuturi alcoolice!) cu noi în jurul unei mici gustări. Acest gen de moment este banal în viaţa de toate zilele, dar este rar în psihoterapie. Totuşi, ţinem mult la el: acest ritual înseamnă pentru noi că nu există o diferenţă fundamentală între pacienţi şi terapeuţii lor, că relaţia lor nu este decît un parteneriat, fără superioritatea unora asupra altora, în numele legitimităţii ştiinţei sau al suferinţei. De altfel, una dintre cele mai bune ucenice terapeute de-ale mele, psiholog, este ea însăşi... o fostă fobică socială.

CAPITOLUL 9

Teama de nelinişte: crize de angoasă, panici şi agorafobie

Iată cele mai violente dintre frici, cele care dau senzaţia de pierdere a controlului asupra propriului corp sau suflet.

Ele se manifestă sub forme minore: spasmofilie, unele mici vertijuri existenţiale ale cotidianului, în care ne simţim ca aspiraţi, fizic, psihic, spre ceva bizar.

Însă uneori teama este cutremurătoare: impresia de moarte iminentă sau de nebunie momentană. Este atacul de panică. El poate duce la agorafobie.

Veţi vedea cum nişte exerciţii atît de puţin metafizice precum respiratul printr-un pai, flotările sau cîntatul la chitară pot reprezenta un prim pas spre controlul acestor frici, cele mai metafizice din cîte există...

„Stăteam acolo împietrit, neputincios, tremurînd, conştient pentru
prima dată că sufeream nu de o simplă angoasă, ci de o boală gravă..."
William STYRON, Lie down in darkness

Îi aud vocea şoptită de cealaltă parte a uşii.

– Sînteţi tot aici, domnule doctor?

☞ Da, da, nu vă îngrijoraţi, sînt tot aici! Nu voi pleca fără să vă spun, aşa ne-am înţeles. Nu v-aş face una ca asta totuşi.

☞ Şi... Sînteţi sigur că nu risc nimic?

☞ Sigur, sigur! Tocmai am vorbit în urmă cu o clipă, nu-i aşa?

☞ Da, e adevărat, însă mă simt atît de tensionată, încît sfîrşesc întotdeauna prin a mă îndoi.

☞ E normal. Veţi vedea, ca şi în celelalte dăţi, asta va trece.

☞ Nu risc să mă sufoc?

☞ Tocmai am vorbit despre asta!

☞ Şi să mă panichez?

☞ La fel!

☞ (Chicotit nervos.) Văd că nu mă veţi linişti. Va trebui să mă descurc de una singură! În orice caz, e adevărat că pentru moment e suportabil. Am impresia că mă calmez deja un pic mai repede ca ultima dată...

☞ În regulă!

Sîntem în toaleta spitalului în care lucrez. Odile este închisă acolo de un sfert de oră. Pentru prima dată de ani buni, a închis o uşă cu cheia, cu ea înăuntru. Iată că, de aproape douăzeci de ani, Odile suferă de atacuri de panică, din cauza cărora a devenit agorafobă şi claustrofobă. Douăzeci de ani de cînd nu mai poate şofa singură, nu se mai poate urca la volanul maşinii ei, nu mai face o călătorie cu metroul sau cu RER[1]-ul . Să nu mai vorbim despre TGV[2], darămite de avion. Odile trebuie să se ducă la serviciu cu autobuzul, şi numai cu autobuzul. Se simte rău cînd autobuzul este arhiplin, cu atît mai mult cînd este prins într-un ambuteiaj. Dar măcar dintr-un autobuz poţi coborî cu uşurinţă în caz de nevoie; în vreme ce, dintr-o garnitură de metrou prinsă între două staţii...! Odile nu poate nici să ia liftul, să rămînă închisă într-o cameră fără fereastră, darămite să închidă cu cheia cabina toaletei în care se duce. Se simte foarte rău în toate locurile în care se percepe ca „blocată": cozi de aşteptare, scaune din mijloc în cinematografe sau teatre, mese cu scaune un pic mai înghesuite etc. Dacă încearcă să se confrunte, pedeapsa este imediată: atac de panică. Simte că se sufocă şi trebuie să fugă, altfel ar muri, probabil, în două sau trei minute. În orice caz, de asta este convinsă.

Cincisprezece minute mai tîrziu, Odile este tot închisă în toaletă...

☞ Odile, mă auziţi?

☞ Da, da.

☞ Cum merge?

☞ Aici merge bine, sînt obişnuită, nu credeam că ar funcţiona atît de repede.

☞ Perfect. Trecem la etapa următoare?

☞ Stinsul luminii?

☞ Da.

☞ Însă... În întuneric, aşa... Nu risc să mă panichez din nou?

☞ Tocmai asta vrem să verificăm. Am văzut împreună că nu exista un motiv anume, nu-i aşa?

☞ Da, da...

☞ Stingeţi?

☞ De acord... Iată! Perfect. Respiraţi liniştit?

☞ Da.

☞ Cum merge?

☞ Nu chiar aşa de rău... Am impresia că va trece... Nu, de fapt, merge. Suport bine să fiu aici, închisă, în întuneric. Mi se părea că n-aş reuşi nici odată asta...

Atacurile de panică ale lui Odile au început brutal în urmă cu douăzeci de ani, în timp ce era la volanul maşinii ei, blocată într-un ambuteiaj. A avut dintr-odată o senzaţie de sufocare, impresia că gîtul i se îngusta

---

[1] Reseau Express Regional este un sistem de transport feroviar rapid din Franţa care deserveşte Parisul şi suburbiile lui. RER este formată dintr-o reţea subterană modernă în centrul aglomeraţiei şi o serie de căi ferate preexistente din suburbii (n.t.).

[2] TGV sau tren de mare viteză este un tren electric care circulă cu viteză mare, conceput de Societatea Naţională a Căilor Ferate Franceze şi construit de societatea Alstom (n.t.).

puţin cîte puţin şi că urma să moară pe loc. Cu cît încerca să respire mai adînc, cu atît indispoziţia i se agrava. A trebuit să-şi abandoneze maşina şi să ceară ajutorul celorlalţi automobilişti, care au chemat SAMU. Primită la secţia de urgenţe a celui mai apropiat spital, Odile a fost supusă mai multor analize în urma cărora nu s-a descoperit nimic îngrijorător. Medicii au menţionat ceva despre „stresul legat de surmenaj". Dar în zilele următoare au apărut alte crize, dintre care una cînd era în toaleta unui restaurant aflat lîngă locul ei de muncă, unde lua masa de prînz. Zăvorul uşii s-a blocat cîteva secunde, iar ea a simţit instantaneu aceeaşi sufocare ca în maşina ei, s-a văzut din nou murind din lipsă de aer în această mică încăpere închisă. Bătînd cu degetele în uşă şi strigînd după ajutor, a atras atenţia personalului şi clienţilor, iar patronul restaurantului a deblocat fără greutate uşa toaletei. Odile a ieşit de acolo demnă de milă, zăpăcită şi cu lacrimi în ochi, şi a trebuit să se întoarcă la birou, incapabilă să-şi reia munca de după-amiază. Sfîrşitul zilei a fost înspăimîntător: îşi supraveghea respiraţia, avînd impresia că făcea pauze anormale. A telefonat medicului de familie, care a încercat s-o linişte ască, apoi a trebuit să treacă s-o examineze acasă, pentru că ea nu mai îndrăznea să iasă: se simţea epuizată, terminată fizic şi se temea să n-o cuprindă noi nelinişti dacă se aventura afară din casă. Medicul i-a prescris tranchilizante şi i-a dat adresa unui psihiatru. Însă nimic nu a funcţionat. Psihiatrul era totuşi foarte drăguţ, dar după ce i-a povestit îndelung copilăria şi visele ei, Odile se simţea tot neliniştită. Tranchilizantele o calmau, desigur, dar îşi dădea seama că devenea dependentă de ele şi, mai ales, că fricile erau mereu prezente. Doar anesteziate, latente, dar nu trebuiau sub nici o formă să se reactiveze. Deoarece atunci... Treptat, ea a început să evite toate situaţiile pe care le-a identificat ca declanşatoare ale crizelor: să şofeze, să rămînă singură, să fie închisă... Şi asta a durat douăzeci de ani.

— Bun, pare să meargă bine, Odile, nu?

— E ciudat! Nu reuşesc să cred asta. Aproape nu simt frică.

— Foarte bine. Aşadar, voi merge să vă aştept în biroul meu. Mă urmaţi cam peste un sfert de oră?

— Ah... Veţi veni să mă căutaţi dacă, din întîmplare, nu mă vedeţi sosind?

— Desigur, nici o problemă.

— Îmi promiteţi?

— V-am dezamăgit pînă acum?

— Nu, nu, scuzaţi-mă.

— Atunci, pe curînd. Curaj!

Cînd Odile m-a vizitat puţin mai tîrziu, era epuizată, dar satisfăcută.

— Vă felicit, aţi lucrat foarte bine astăzi.

— Mulţumesc, doctore. Cred că îmi voi aminti mult timp de această şedinţă!

— Va fi o amintire plăcută! De acum pînă marţea viitoare, vă veţi antrena: trebuie să refaceţi acest exerciţiu zilnic, la dumneavoastră, însă şi în afară. Chiar dacă nu simţiţi nevoia, de îndată ce veţi fi la restaurant, la cantina întreprinderii dumneavoastră, într-un bistrou ca să beţi un pahar, invitată la nişte prieteni, la cinematograf etc., veţi merge la toaletă şi vă veţi închide cu cheia (Odile a evitat întotdeauna să folosească alte toalete în afara celei de acasă). Chiar dacă nu simţiţi nici o nevoie, o veţi face, doar pentru a efectua acest exerciţiu, de acord?

— De acord, doctore, am mai vorbit despre asta, nici o problemă. Şi care va fi programul pentru şedinţa de săptămîna viitoare?

— Va fi foarte interesant şi foarte util pentru dumneavoastră: vom începe exerciţiile pentru senzaţia de sufocare...

La ora la care scriu aceste rînduri, Odile este tot în tratament, de trei luni. A supravieţuit şedinţei, şi aceea memorabilă, în care am lucrat pe teama ei de senzaţiile de sufocare: să stea treizeci de secunde fără să respire, să-şi pună o pernă pe faţă, să respire printr-un pai... De acum înainte, poate să se închidă fără teamă în încăperile mici. Poate să-şi ia din nou maşina ca să facă drumuri lungi pe autostradă. Este capabilă să înfrunte fără să înnebunească situaţii care îi declanşau altădată senzaţii de sufocare, cum ar fi să poarte un guler rulat strîns sau o mască de înfrumuseţare din argilă. Are sentimentul că-şi recucereşte puţin cîte puţin

libertatea, că a „reînceput să meargă înainte" după propriile-i cuvinte. Odile este pe punctul de a-şi vindeca fobia de a fi închisă şi de a se sufoca...

Ca o indispoziţie...

Oricui i se poate întîmpla să aibă o indispoziţie fizică. Să-i fie prea cald şi să simtă că nu are aer în locurile suprapopulate, ca în unele mari magazine în zilele de promoţii. Să simtă că-l ia ameţeala la cozile de aşteptare interminabile dacă este obosit sau stresat. Să-l apuce palpitaţiile în circumstanţe intimidante, ca înaintea unei luări de cuvînt în public. Să aibă impresia că-i bate inima în mod ciudat, ca şi cum ar vrea să se oprească...

Oricui i se poate întîmpla să-i vină brusc în minte o idee ciudată, o imagine neplăcută. Să ne spunem în timp ce conducem pe o autostradă: „Şi dacă aş trage o dată tare de volan, aşa, în mod absurd?" Să ne gîndim în timp ce facem o prezentare orală: „Şi dacă aş începe să mă panichez acum, să-mi pierd firul şi să transpir abundent, în faţa întregii lumi?" Să ne zicem, pe cînd călătorim în avion, că nu ne place prea mult să zburăm şi că uşile tocmai s-au închis: „Şi dacă aş înnebuni, dintr-odată, şi m-aş arunca urlînd asupra stewardeselor, ca să le implor să mă lase să cobor?"

Cel mai des, aceste indispoziţii nu durează. Respirăm adînc, încercăm să ne convingem că vor trece. Ne gîndim la altceva. Şi asta funcţionează. Era doar o alertă falsă. Ne spunem că trebuie să ne odihnim puţin, să ne luăm o mică vacanţă, să bem mai puţină cafea, să facem mai mult sport, să ne eliberăm de stres. Şi dacă facem toate astea, senzaţiile nu mai survin. În realitate, era vorba doar despre mici semne de surmenaj.

Din cînd în cînd totuşi, aceste indispoziţii evoluează spre altceva. Cu un amestec inextricabil de senzaţii fizice neplăcute: jenă la respiraţie, bătăi cardiace prea rapide sau prea neregulate, furnicături în mîini sau pe buze, mici tulburări de vedere... Şi gînduri neliniştite şi îngrijorătoare: „Sînt pe punctul de a pierde controlul aici, unde se va termina povestea asta? Şi dacă nu se opreşte? Dacă e ceva grav? De cîtva timp simt ceva nedefinit..." În Franţa, medicii vă vor diagnostica adesea „spasmofilie". Şi vor menţiona un teren fragil, stresul, anxietatea. Dar vedeţi bine, sau mai degrabă simţiţi, că povestea asta nu-i decît în mintea dumneavoastră. Percepeţi bine că trupul participă, că vă adresează semnale preocupante. Însă totul poate să rămînă în acest stadiu şi să nu mergeţi mai departe. Veţi avea din cînd în cînd „mici" crize similare, dar nimic mai mult.

Totuşi, uneori lucrurile pot sfîrşi rău. Vreau să spun, în mod dureros şi dezagreabil. Aceste senzaţii fizice neplăcute încep să genereze gînduri îngrijorătoare, cuvintele vi se îngrămădesc în minte: infarct, ruptură de anevrism, moarte, sufocare, edem al gîtului, asfixie, pierderea controlului, nebunie, agonie, singur, ajutor... Şi, din clipă în clipă, menghina vă strînge. Sînteţi pe punctul de a avea un atac de panică. Nu sînteţi singurul: un studiu pe un campus universitar a arătat că aproximativ un sfert dintre studenţi a simţit o indispoziţie de acest tip în decursul anului precedent[229]. În orice caz, această experienţă vă va marca profund, fiindcă aţi avut, cu adevărat, impresia că urma să muriţi sau să înnebuniţi. Şi începeţi să vă temeţi din ce în ce mai mult de alte crize similare. Aşadar, veţi evita activităţile care le-ar putea facilita. Şi locurile în care s-ar putea declanşa. Încet, se declanşează claustrofobia şi agorafobia.

Teama de indispoziţie sau tulburare de panică?

În capitolul din Eseurile lui consacrate fricii, Montaigne descria o formă de care au fost loviţi cartaginezii din Antichitate: „Totul era în dezordine şi tumult, pînă cînd, prin oraţii şi sacrificii, au potolit mînia zeilor. Ei au numit aceste spaime Panici". Iată o categorie de frici şi fobii a căror cunoaştere a evoluat profund în aceşti ultimi ani, chiar dacă au fost identificate cu mult înainte. Epoca modernă începe în 1872 la Berlin, cu neurologul german Westphal, ai cărui pacienţi, pentru a-l consulta, trebuiau să traverseze o mare piaţă publică, Döhnhofsplatz: unii dintre ei întîmpinau cele mai mari dificultăţi trecînd pe-acolo. Westphal numea această tulburare „agorafobie". Multă vreme, agorafobia a fost definită ca teama de spaţii deschise sau pline de oameni, prin referire la agora - piaţa publică - a grecilor din Antichitate. Apoi s-a ajuns la ipoteza că persoanele agorafobe sufereau, mai exact, de teama de a simţi o indispoziţie, sau orice ar fi, chiar dacă teama aceasta este agravată, într-adevăr, în anumite locuri publice. Frica de o indispoziţie fizică poate fi foarte intensă, culminînd în adevărate atacuri de panică.

Astfel, se pare că temerile trimit mai degrabă spre frica de a avea atacuri de panică decît asupra faptului de a se găsi într-un anumit loc, în cele din urmă puţin specific.

În stadiul fricilor fobice, vorbim, aşadar, despre o „tulburare de panică însoţită de agorafobie". Pentru a înţelege bine această afecţiune, trebuie să ne-o imaginăm ca pe nişte păpuşi Matrioşka, în care s-ar îmbina trei manifestări pe care le vom descrie: atacul de panică, tulburarea de panică, agorafobia.

Componentele tulburării de panică însoţită de agorafobie

Manifestare	Descriere
Atac de panică	O criză de angoasă acută, foarte brutală şi foarte intensă, cu numeroase semne psihice, dând convingerea că vom muri sau înnebuni.
Tulburare de panică	Repetarea atacurilor de panică, imprevizibile la început şi traumatizante, urmate de o frică obsedantă de recidivele lor.
Agorafobie	Restricţii la ieşiri, deplasări, activităţi, pentru a nu declanşa sau facilita noi atacuri de panică.

► Atacul de panică

„Luna martie, în timpul cursului meu de gimnastică.

Imediat, simt cum mi se învîrte capul. Membrele nu mai răspund la exerciţii, nu mai am putere. La sfîrşitul cursului, să mă îmbrac, să vorbesc, să merg, toate astea îmi solicită un efort supraomenesc. Crezînd că am o scădere de tensiune, cer cîteva dulciuri, apoi plec.

Ajungînd la maşina mea, am senzaţia că pămîntul se scufundă sub fiecare pas, abia mă ţin pe picioare. Însă trebuie să ajung pînă la şcoală ca să îl iau pe Jules, fiul meu, pentru prînz.

Aproape că nu mai schimb vitezele, atît de grele îmi sînt braţele şi picioarele. Am impresia că şofez un camion. Mă simt singură şi din ce în ce mai rău: zumzete în cap, impresia de a nu mai putea respira, slăbiciune din ce în ce mai intensă, viaţa şi sîngele par să mi se scurgă din corp. Tremur, mi-e atît de cald şi atît de frig în acelaşi timp. Am o singură idee: să ajung aproape de şcoală.

Mă forţez să fiu atentă la drum, abia îl văd, conduc încet pe banda dreaptă, gata să opresc. Corpul meu este ca o succesiune de valuri care se sparg de ţărm din ce în ce mai violente. Mă lupt cu puţinele forţe care mi-au mai rămas. Dacă mi se face rău aici, cine va veni să mă ajute?

Mi-e foarte frică, întrucît nu mai înţeleg ce mi se întîmplă: n-am cunoscut nici odată nimic atît de puternic şi atît de brutal. Trebuie să mă opresc, nu mai pot conduce. Am observat doi agenţi pe trotuar, îmi par atît de departe. Dar trebuie să merg pînă la ei. În faţa lor, mă opresc şi scot cheia din contact. Abia respir, însă nu mai mişc. E 11.30, Jules iese într-un sfert de oră. Am puţin timp ca să recuperez.

Uimit, un agent îmi deschide portiera şi-mi spune să-mi deplasez maşina, încurc traficul. Aud, într-adevăr, claxoanele, dar abia ajung la mine în acest vîrtej de senzaţii înfricoşătoare în care nu găsesc niciun reper. Nu mai pot mişca.

Reuşesc să cer unui poliţist să se ducă să-l caute pe Jules, care este foarte aproape, pe cînd celălalt a rămas alături de mine. Îl simt tulburat, nu ştie ce să facă.

E deja prînzul. Unde-i Jules? Deodată, sînt cuprinsă de furnicături din cap pînă-n picioare, din ce în ce mai violente. Îmi simt corpul înţepenind. Instinctiv, îmi pun mîinile pe volan. Trebuie să vorbesc, simt că într-o clipă nu voi mai putea. Un lanţ metalic îmi strînge neîncetat pieptul într-o menghină. Cu gura înţepenită, abia reuşesc să rostesc: «Nu-i bine deloc» şi: «Jules?» Mă gîndesc la el tot timpul. Unde este? Ce face?

Durerea aceasta în piept care se amplifică din ce în ce mai mult devine insuportabilă. Corpul meu este atît de înţepenit, atît de dur. Sînt singură, mi-e atît de frică. Este înspăimîntător, nu mai pot comunica, aş vrea ajutor, susţinere, însă n-o pot spune. Durerea asta din piept este un stop cardiac? Sînt pe punctul de a muri aici, în maşina mea, singură...?"

În relatarea aceasta, redactată la cererea mea de Sophie, una dintre pacientele mele, este descrisă în detaliu apariţia unei crize de panică.

În urma acestei prime crize, ea a fost înregistrată la camera de primiri-urgenţe de la cel mai apropiat spital, de unde a ieşit cu diagnosticul de „oboseală nervoasă". Mai multe luni, aceste crize s-au repetat, în cea mai mare parte a timpului în afara casei, în magazine, sau la volanul maşinii: puţin cîte puţin, a început să evite aceste situaţii. Viaţa ei a devenit din ce în ce mai complicată: nu mai putea ieşi singură, trebuia să fie mereu însoţită pentru a-şi face cumpărăturile sau cel mai mic drum. Nu mai suporta să se găsească în locuri închise sau depărtate de casă: săli de cinematograf, trenuri, avioane i-au devenit interzise. Treptat, a trebuit în egală măsură să evite spaţiile „suprapopulate sau supraîncălzite": magazine, locuri publice... Cînd s-a decis să se consulte, trecuseră cinci ani de cînd suporta aceste tulburări. I-am utilizat apoi relatarea scrisă pentru o metodă particulară de tratament, dar voi menţiona ulterior despre asta. Să revenim la atacul de panică.

Este vorba despre o criză de angoasă intensă, cu apariţie brutală, a cărei intensitate maximă este atinsă foarte rapid, în cîteva minute. Ea prezintă numeroase semne fizice, precum palpitaţii şi tahicardie, senzaţie de apăsare sau de sufocare, frisoane sau bufeuri de căldură, vertijuri şi senzaţii de instabilitate etc. Este însoţită uneori de un sentiment de neîmplinire sau depersonalizare: persoana are impresia că este ireal ce i se întîmplă sau că este martorul acestui lucru, ca şi cum ar fi înstrăinată de ea însăşi şi s-ar privi fiindu-i rău. Pe durata atacului de panică, subiectul are senzaţia că riscă să moară, din cauza simptomelor fizice, sau că înnebuneşte ori că-şi pierde controlul asupra lui însuşi (să se facă de rîs în public, să se arunce în gol pe o fereastră, să provoace un accident de maşină...), din cauza simptomelor psihologice.

Există mai multe tipuri de atacuri de panică în funcţie de contextele lor de apariţie:

● Neaşteptate, adică neasociate unei situaţii precise. Este, de exemplu, cazul atacurilor nocturne, care trezesc subiectul din somn, sau al celor care apar în timp ce este într-un loc de obicei sigur, ca domiciliul său.

● Facilitate, adică avînd posibilitatea să se declanşeze, dar nu întotdeauna, în anumite situaţii. De exemplu, la volanul maşinii sale sau făcînd cumpărături.

● Condiţionate, apărînd aproape sistematic în anumite situaţii. Cozile de aşteptare în locurile încălzite, zgomotoase, cu multă mişcare, sau locurile închise, de unde nu putem scăpa în cazul în care ni se face rău (avion, TGV, mese simandicoase...).

În mod paradoxal, pot exista în egală măsură atacuri de panică induse de calm, tăcere, meditaţie, relaxare, sau măcar de tentative de relaxare, scurtate rapid. Vom vedea că este destul de logic, pentru că, în realitate, pacienţii panicarzi, dacă se concentrează prea mult asupra senzaţiilor lor corporale, vor începe să se îngrijoreze din cauza asta: „Oare bătaia asta de inimă nu era anormală? Oare nu sînt pe punctul să-mi pierd respiraţia?" Unul dintre principiile relaxării fiind să se concentreze asupra senzaţiilor lor fizice, aceşti pacienţi vor fi mai mult angoasaţi de asemenea exerciţii pînă cînd vor fi învăţat să-şi regleze tulburarea de panică.

Atacurile de panică izolate par relativ frecvente. Respectînd nişte criterii de diagnostic foarte stricte, se estimează că o asemenea experienţă neplăcută va afecta aproximativ 8 pînă la 15% dintre persoane cel puţin o dată în viaţa lor[230]. Am văzut că unele pot fi ocazionale: li se atribuie adesea apelative variate: spasmofilie în Franţa, ataque de nervios în ţările latino-americane... Ele pot fi întîlnite, de asemenea, în aproape toate patologiile psihiatrice, precum depresiile şi alte fobii. Însă ele pot evolua şi pe cont propriu spre o tulburare de panică.

În romanul *Le Portique*[231], scriitorul Philippe Delerm face portretul lui Sebastien, profesor de litere, de 45 de ani, afectat de ceea ce seamănă foarte mult cu nişte atacuri de panică:

„Se poate întîmpla oricînd. Te crezi puternic, senin la minte şi trup, şi apoi, iată. Un vertij, o durere surdă şi imediat simţi că nu va trece aşa. Totul devine dificil. Să stai la coadă la brutar, să aştepţi la ghişeul de la poştă, să schimbi cîteva fraze în picioare pe trotuar. Momente pe care le-aş asemui cu nişte cavităţi găunoase, fără miză aparentă, dar care devin munţi. Te simţi clătinîndu-te, crezi că mori şi e stupid..."

„Ridicînd capul, a simţit că se clatină: sala nu mai era decît un lung culoar orbitor, un elev îl întreba, însă nu-i percepea cuvintele. A încercat să respire, să se adune, apoi a început lectura cu voce tare a nuvelei lui Jean Giono, *L'Homme qui plantait des arbres*. Însă în zadar. După cîteva fraze, a început să gîfîie şi elevii se priveau cu un ochi întrebător. Piciorul stîng al lui Sebastien tremura. El s-a gîndit o clipă la cele şase ore de curs pe care trebuia să le asigure şi, palid, a sfîrşit prin a se scuza:

- Cred... că va trebui să vă părăsesc. Nu mă simt prea bine..."

„Să vorbească în faţa subiecţilor lui nu-l interesa deloc, era tocmai tipul de situaţie care-i provoca numaidecît o indispoziţie, Îşi completă cu greutate cecul; semnătura nu era decît o mîzgălitură diformă..."

„Într-un mod sau altul, indispoziţiile care-l apucară erau dacă nu cauzate, cel puţin amplificate de o angoasă, o crispare care-i trădau dorinţa imperioasă, panicardă de a rămîne în viaţă..."

„Se simţea mai bine. Indispoziţiile îl mai cuprindeau la cozile de aşteptare, dar nici odată în timpul orelor de curs..."

► Tulburarea de panică

Atunci cînd atacurile de panică se repetă, ele vor lua forma unei afecţiuni cu precădere invalidante, tulburarea de panică. Din cauza particularităţii foarte neplăcute ale atacurilor de panică, persoanele care suferă de ele se tem, mai presus de orice, de noi crize şi de consecinţele acestora: moartea sau nebunia. Multe dintre ele sînt convinse că suferă de o boală organică pe care medicii ar fi incapabili să o diagnosticheze, de aceea şi apelează la o serie de examene medicale şi consultaţii pe la specialişti[232]. Alţii vin să-şi modifice considerabil modul de viaţă, renunţînd la anumite activităţi (ieşiri, deplasări, profesii...) care i-ar putea expune la crize de panică.

În tulburarea de panică, frecvenţa şi intensitatea atacurilor de panică pot varia considerabil de la o persoană la alta şi, de asemenea, de la o perioadă la alta: există faze intermediare între atacurile cotidiene şi intense, care apar, în general, la începutul tulburării, şi atacurile episodice şi incomplete, în care pacientul resimte doar simptomele crizelor şi reuşeşte adesea să le împiedice să se dezvolte fugind. Aceste diferenţe se explică uneori prin înlănţuirile vieţii cotidiene: la pacienţii care evită multe situaţii, atacurile par mai puţin numeroase, însă cu preţul renunţărilor multiple sau al utilizării permanente de tranchilizante. Acestea din urmă fac, desigur, crizele mai puţin intense, dar provoacă o anumită dependenţă; de altfel, pacienţii trăiesc în continuare cu teama recurenţei fricii, simţind că ea este numai „adormită" de tratament.

În prezent, se crede că mecanismul central al tulburării de panică este reprezentat de interpretarea „catastrofică" a senzaţiilor corporale: persoana percepe anumite senzaţii fiziologice care ar părea banale altora (o palpitaţie cardiacă izolată, un vertij uşor, o jenă respiratorie sau o nevoie de a suspina...), cum ar fi primele manifestări incontrolabile ale unui atac de panică şi deci anunţînd o catastrofa iminentă. Această interpretare a senzaţiilor corporale fugare şi benigne nelinişteşte subiectul, stare care menţine şi agravează la rîndul ei primele senzaţii (care altfel ar fi dispărut spontan), ceea ce amplifică angoasa etc. Este ceea ce numim „spirala de panică". În acest sens, tulburarea de panică reprezintă o formă de fobie foarte interesantă, numită şi „interoceptivă", respectiv centrată pe manifestările corporale: este vorba despre o veritabilă fobie a propriilor senzaţii fizice. Frecvenţa acestei boli ar fi de 1-2% din ansamblul populaţiei.

Trebuie notat că tulburarea aceasta este, fără îndoială, prezentă în toate culturile. Avem, de exemplu, o descriere destul de exactă a ei în psihiatria japoneză, ca simptom al unei patologii numite Shinkeishitsu, făcută la începutul secolului al XX-lea de cunoscutul psihiatru japonez Shoma Morita: „Cu cît ne concentrăm mai mult pe o senzaţie, cu atît ea devine mai intensă, şi cu atît atenţia noastră se axează asupra ei... Sîntem astfel imediat dominaţi de spaimă, conştienţi sau nu de starea psihologică ce a precedat şi urmat stimulul... În cazul crizelor repetate, bolnavul devine progresiv victima fricii în viaţa cotidiană - atenţia lui mereu concentrată asupra ei -, puterea şi frecvenţa crizelor intensificîndu-se[233]..."

Oricum ar fi, tulburarea de panică, odată instalată, nu are deloc tendinţa să dispară spontan[234]. În lipsa tratamentului, mai mult de 90% dintre pacienţi încă mai suferă şi după un an de evoluţie[235]. Mai rău, printre cei la care tulburarea a cunoscut o remisie spontană, 40% vor suferi o recidivă. Şi dintre cei care au prezentat manifestări minore (tulburarea de panică „incompletă"), 15% vor dezvolta o tulburare de panică

„totală". Trebuie, aşadar, să fii prudent cu tentaţia de a banaliza aceste simptome sau de a crede că repausurile sau vacanţele le vor face să dispară: rareori se întîmplă aşa.

În relatarea sa autobiografică, *Voyage au bout de l'angoisse,* jurnalista Pascale Leroy[236] povesteşte cu umor şi precizie tulburarea de care a suferit:

„Nu s-a schimbat nimic, doar că în prezent sînt bîntuită de certitudinea că «asta» poate reapărea şi mă poate doborî în orice clipă. Prima dată, indispoziţia m-a luat prin surprindere; de acum înainte, o pîndesc, o aştept..."

„Şi a revenit. În stradă, mereu. Tot cu aceleaşi senzaţii, aceleaşi impresii. Mă simt «plecînd», ca şi cum aş pierde contactul cu lumea. O forţă de o violenţă extraordinară mă mînă în altă parte. Enervarea pune stăpînire pe mine, mă crispez, înţepenesc, corpul mi se contractă, mi-e cald şi frig în acelaşi timp, transpir şi tremur, mă simt golită de energie. Inima îmi bate cu o cadenţă înnebunitoare..."

„Americanii vorbesc despre atac de panică. Ei au dreptate: este vorba despre un atac în toată regula. Şi sînt singură în faţa unui adversar puternic şi rapid, care nu-mi lasă nici o clipă de răgaz, nici o şansă de a mă salva..."

► Agorafobia

În mod logic, mulţi dintre subiecţii panicarzi evoluează spre frici de natură agorafobică. Numeroşi factori vor interveni pentru a facilita sau limita acest tip de evoluţie care afectează, conform studiilor, între 20 şi 60% dintre persoanele suferind de o tulburare de panică[237].

În prezent definim agorafobia prin fobia de a ne găsi în locuri în care apariţia unui atac de panică ar fi problematică: fie pentru că ar fi dificil sau jenant să plecăm de acolo (de exemplu, fiind aşezaţi în mijlocul sălii la cinematograf sau la o masă în prezenţa a numeroşi invitaţi), fie pentru că am putea să nu fim ajutaţi dacă indispoziţia temută ar fi gravă (să fim în locuri îndepărtate sau izolate).

Agorafobia nu este, aşadar, doar teama de marile spaţii descoperite sau cea de locurile publice, cum se crede uneori. Fricile persoanei agorafobe sînt mult mai insidioase şi numeroase: să fii singur acasă, să aştepţi la o coadă, să te afli într-un avion care nu decolează sau într-o garnitură de metrou oprită între două staţii...

Unele persoane agorafobe, datorită multor evitări, reuşesc să nu mai simtă atacuri de panică: tulburarea lor de panică nu se mai află în prim-plan, însă nu este vorba, desigur, decît despre o remisie înşelătoare. Costul acestei uşurări este foarte mare: renunţarea la o mulţime de activităţi cotidiene, precum a face cumpărături, a accepta invitaţii, a ieşi la plimbare şi, în general, orice formă de activitate spontană... Şi dacă persoana riscă să înfrunte aceste situaţii, atacurile de panică reapar imediat: ea nu mai insistă atunci.

Se consideră, de fapt, că orice tulburare de panică este asociată cu o formă mai mult sau mai puţin evidentă de agorafobie: cînd evidentă - persoana evită situaţiile -, cînd subtilă - le înfruntă, dar condiţionat. De exemplu, ea nu conduce decît cu radioul deschis, pentru a-şi ocupa gîndurile şi a nu-şi lăsa atenţia să se axeze asupra unui eventual început de indispoziţie; nu-şi va face cumpărăturile decît la ore libere, pentru a evita cozile de aşteptare; nu iese decît însoţită sau cu un telefon mobil, în cazul în care i se face rău fulgerător în stradă.

Odată apărută, agorafobia este o manifestare care devine repede cronică: vedem adesea pacienţi trăind cu această deficienţă de zeci de ani. Îmi amintesc că am primit într-o zi, însoţită de fata ei, o pacientă simpatică de 50 de ani, care nu mai ieşise singură din casă de 30 de ani. Agorafobia este uneori - dar nu întotdeauna - asociată cu nişte trăsături de personalitate dependentă, marcate de nevoia de a fi îngrijit de altul, sfătuit în deciziile importante, despovărat de responsabilităţi etc. Aceste trăsături de personalitate preexistă agorafobiei sau sînt consecinţa acesteia? Încă nu se ştie clar.

De asemenea, trebuie ştiut că mulţi dintre subiecţii panicarzi nu evoluează spre agorafobie: poate fi vorba despre cei a căror personalitate este relativ autonomă şi puternică sau de cei ale căror atacuri de panică nu sînt prea violente încă de la început. Aceste persoane nu suferă, aşadar, „decît" de frici de tip panică, ce le alterează totuşi în mod clar calitatea vieţii. Chiar şi asemenea manifestări numite „sub prag" de psihiatri, mai exact chiar înainte de fobia severă, vor deteriora în mod clar viaţa pacienţilor[238].

Numeroase personalităţi au fost, probabil, afectate de agorafobie şi de tulburare de panică, printre care Charles Darwin. Părintele teoriei evoluţiei speciilor pare să fi suferit, începînd de la 28 de ani, de crize de angoasă, de palpitaţii, de vertijuri, care l-au obligat la o existenţă foarte sedentară, după ce a parcurs tot globul, din America de Sud în Galapagos, pentru a studia condiţiile de viaţă a numeroase specii animale şi vegetale. Fără constrîngerile legate de aceste deficienţe, şi-ar fi redactat Darwin cunoscutul şi controversatul lui tratat Originea speciilor?

O frică foarte stînjenitoare

Deficienţa indusă de tulburarea de panică este considerabilă, mai ales dacă o agorafobie importantă o complică. Întîlnim, de altfel, la persoanele care suferă de acest sindrom o frecvenţă foarte ridicată de patologii psihice asociate, precum depresia, alcoolismul, tentativele de sinucidere[239]. Implicaţiile în plan social sînt şi ele semnificative: multe dintre persoanele afectate nu mai pot continua să lucreze sau să ducă o viaţă socială în condiţii normale[240].

Mai mult, aceste persoane nu sînt adesea diagnosticate şi tratate corect. Ele pot primi timp de ani întregi calciu, magneziu, terapii neadaptate necesităţii lor. Panicarzii, la fel ca multe persoane îngrijorate pentru sănătatea lor, se simt adesea neînţeleşi de corpul medical, care-i percepe, în cel mai bun caz, ca pe nişte „anxioşi ipohondri" şi, în cel mai rău caz, ca pe nişte „pisălogi atinşi de cenestopatie" (etimologic, bolnavi de senzaţiile lor). S-a demonstrat că persoanele panicarde recurg la numeroase tratamente şi examene medicale fără rezultat[241]. Într-adevăr, primul reflex al unei persoane care tocmai a avut atacuri de panică este de a consulta medici somaticieni (din grecescul soma: corp), mai exact cei care tratează, în special, bolile fizice.

Traseul obişnuit este, în general, următorul: după primul atac de panică, ajungeţi la camera de primiri-urgenţe a celui mai apropiat spital. Acolo, după analize, medicul de la urgenţe vă vorbeşte despre nervii dumneavoastră şi vă trimite la medicul generalist, care încearcă să vă liniştească, dar nu-l ascultaţi, pentru că, „deşi e un bun generalist, nu-i cu adevărat specializat în acest domeniu". În plus, atîta vreme cît nu va fi pus un nume şi nu se vor fi dat explicaţii satisfăcătoare pentru simptomele dumneavoastră, neliniştea va continua. Crizele următoare vă preocupă din ce în ce mai mult şi începeţi rondul specialiştilor, în funcţie de simptomele pe care le simţiţi: cardiologi pentru palpitaţii sau aritmii, neurologi pentru vertijuri, pneumologi sau ORL pentru senzaţiile de sufocare etc. Şi, cu excepţia cazului în care unul dintre medicii consultaţi nu diagnostichează tulburarea de panică, deşi, din fericire, tocmai despre asta este din ce în ce mai des vorba, vă veţi învîrti mult timp în acest circuit cu angoasele dumneavoastră. Recurgerea sistematică la serviciile de urgenţe spitaliceşti este, de altfel, un factor de pronostic nefavorabil pentru evoluţia tulburării de panică[242]. Ea indică dificultatea de a recunoaşte simptomele de origine psihologică sau măcar, după cum vom vedea, psihosomatică. Fiindcă tulburarea de panică nu-i decît în minte...

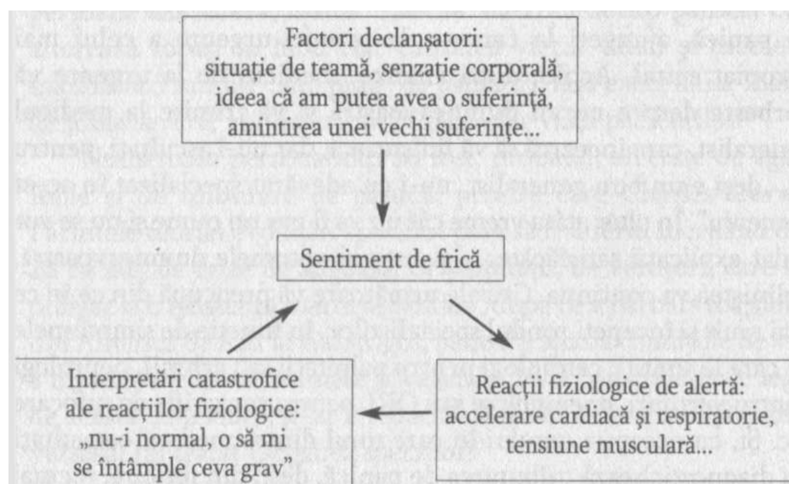
Dinamica tulburării de panică

► Spirala de panică

Un model explicativ foarte interesant al tulburării de panică este furnizat de teoriile cognitive[243].

Acestea explică faptul că persoana panicardă simte din cînd în cînd, ca toată lumea, mici senzaţii fizice care întrerup funcţionarea obişnuită a organismului ei: modificarea ritmului cardiac sau al respiraţiei, ameţeli... Dar ea va percepe aceste fenomene ca anormale. Se va declanşa astfel o reacţie de teamă, care amplifică numaidecît aceste senzaţii fizice şi provoacă altele asemenea, ceea ce măreşte şi mai mult frica etc. Aşa debutează ceea ce numim „spirala de panică".

Odată ce spirala de panică a debutat, este, evident, dificil s-o oprim. În terapia cognitivă învăţăm s-o blocăm încă de la început, ca s-o împiedicăm să se întărească la fiecare dintre buclele ei. Puţin cîte puţin, pacienţii noştri reuşesc să limiteze amploarea fricii, nu mai simt decît „începuturi de panică", a căror intensitate o controlează. Şi progresiv, astfel „pusă la regim", teama revine în limitele normale.



► O fobie dublă

Motivul pentru care este atît de distrugătoare tulburarea de panică însoţită de agorafobie - pe care o vom numi de acum înainte TPA pentru simplificare - este faptul că avem de-a face cu o fobie dublă: în acelaşi timp internă şi externă, o fobie care implică atît propriile senzaţii corporale, cît şi situaţiile de teamă.

Fobia senzaţiilor corporale

În TPA, primele frici sînt cele care provin de la persoana însăşi, mai exact din interiorul ei. Ne temem de propriile noastre senzaţii corporale, cel puţin de cele care ni se par că anunţă o indispoziţie, aşa cum au mărturisit unii dintre pacienţii mei:

„Cînd încep să-mi simt bătăile inimii, nu-mi place, e semn rău, înseamnă că se petrece ceva în interiorul corpului meu".

„Într-o noapte m-am trezit cu impresia că mă asfixiam, era înfiorător. De atunci, trăiesc cu teama că se va repeta. Am adesea impresia că-mi lipseşte aerul".

„Dacă rămîn prea mult timp în picioare, am vertijuri care apar şi trebuie să mă aşez sau să mă sprijin de ceva, un zid, o margine de tejghea, sau să mă agăţ de cineva".

„Există dăţi în care am impresia că nu mai sînt eu însămi, că am ieşit din corpul meu şi îi văd pe ceilalţi ca pe nişte fantome, bucăţi de carne cu care nu-i posibil să comunic cu adevărat, totul devine bizar, nu mai ştiu dacă exist în realitate. Mi-e teamă că starea asta nu trece, mă întreb dacă nu sînt pe punctul de a înnebuni".

În faţa acestei frici de senzaţii fizice, persoanele panicarde vor recurge adesea la soluţii nepotrivite. Ele vor folosi aproape întotdeauna evitările: ca să nu mai rişte să moară asfixiate noaptea, unele nu mai dorm în patul lor, ci aşezate într-un fotoliu; sau nu acceptă nici odată să doarmă singure, solicitînd întotdeauna pe cineva în patul lor. Îmi amintesc de o tînără care accepta uneori să petreacă noaptea cu băieţi pentru care nu simţea mare lucru, doar ca să scape de singurătatea nocturnă în serile în care niciuna dintre prietenele ei nu putea s-o găzduiască. Pentru a nu-şi mai simţi inima accelerîndu-i-se, unii renunţă să facă sport, să meargă repede, să urce în fugă scările. Ca să evite vertijurile legate de statul în picioare, mulţi nu-şi fac cumpărăturile şi drumurile decît la ore libere, în scopul de a evita cozile de aşteptare. A învăţa să vă confruntaţi cu aceste senzaţii, să nu vă mai fie frică, va reprezenta, aşadar, o etapă fundamentală şi indispensabilă a tratamentului TPA.

De asemenea, pentru a evita să se gîndească la corpul sau la fricile lor, aceste persoane încearcă să aibă tot timpul mintea ocupată: nu mai pot conduce decît cu radioul pornit; acasă, televizorul e deschis în permanenţă, ca să facă un zgomot de fond; în timpul unei călătorii cu avionul, trebuie neapărat să citească sau să discute cu vecinul lor. De aceea mi se întîmplă, la consultaţii, să le propun în unele momente să nu mai vorbească: rămînem tăcuţi, faţă-n faţă, ceea ce constituie pentru mulţi un exerciţiu foarte incomod. Şi foarte util!

Senzaţiile fizice prezente la 8.137 de pacienţi suferind de tulburare de panică şi consultaţi în clinica de psihiatrie ambulatorie[244]

Palpitaţii, bătăi de inimă sau accelerarea ritmului cardiac	90%
Senzaţie de respiraţie tăiată sau impresia de sufocare	81%
Senzaţie de vertijuri, de instabilitate, de cap gol sau impresia de leşin	70%
Transpiraţie	69%
Frisoane sau bufeuri de căldură	64%
Dureri sau jenă toracică	62%
Teama de a muri	60%
Tremurături sau spasme musculare	58%
Teama de a pierde controlul de sine sau de a înnebuni	56%
Parestezii (senzaţii de înţepături, de descărcări electrice)	51%
Senzaţie de sugrumare	51%
Greaţă sau disconfort abdominal	40%
„Derealizare" sau depersonalizare	33%

Fobia situaţiilor de teamă

A doua categorie a fricilor, după cea a fricilor de senzaţiile fizice, este aceea a situaţiilor de teamă. În TPA, ele sînt nenumărate, însumînd, în realitate, toate situaţiile care ar putea facilita apariţia unei indispoziţii (a se simţi captiv într-un spaţiu închis cu teama de sufocare) sau ar împiedica un eventual ajutor (a face o drumeţie pe un munte înalt). Pacienţii încearcă să le evite sau nu riscă să le înfrunte decît în anumite condiţii... Iată mărturia lui Gaelle, în legătură cu aceste precauţii şi evitări multiple: „Nu iau lifturile. Mi-e prea teamă că o să am o criză de panică dacă se blochează. Dar dacă fac eforturi, atunci există unele pe care mă pot forţa să le iau: cele care sînt din sticlă, mă linişteşte să văd exteriorul; fiindcă nu mi-e teamă de înălţimi! Pot urca şi în cele care sînt în nişte locuri foarte frecventate, şi în plină zi: îmi spun că, dacă o să rămînă în pană, lumea îşi va da seama repede de asta. Posibile şi cele care sînt aparent într-o stare bună de funcţionare. Prefer să am lîngă mine una sau două persoane, ca să mă ajute şi să sune la numărul de urgenţă dacă mi se face rău. În schimb, nu urc dacă ascensorul este plin ochi; în caz de pană, vom rămîne fără oxigen foarte repede. Aceleaşi calcule mi le fac şi pentru transportul în comun, cumpărăturile în magazine etc. Vedeţi cît de simplă e viaţa mea..."

Principalele frici raportate de pacienţi agorafobi[245]

Tip de frică	Procentaj de pacienţi agorafobi prezentând această frică

Şofat	54%
Mari magazine	43%
Singurătate	37%
Mulţime	34%
Îndepărtarea de domiciliul personal	34%
Restaurante	34%
Ascensoare	29%
Spaţii închise	23%
Poduri, tuneluri	20%
Transporturi în comun	17%
Avion	14%
Spaţii descoperite	6%

Ştiinţa şi atacurile de panică

TPA a fost printre psihiatri boala vedetă a anilor '90. Au fost efectuate atunci numeroase lucrări ştiinţifice care au dus la descoperirea secretelor ei. Unul dintre protocoalele clasice de studiu era de a testa ce anume declanşa atacuri de panică la pacienţi, voluntari desigur, suferind de TPA. Diferite substanţe chimice au indus panici experimentale, fapt în urma căruia au fost depistaţi, printre altele, neuromediatorii implicaţi[246]. Însă ştim, totodată, că este posibilă declanşarea panicii doar prin simpla menţionare a simptomelor fizice, fără a fi necesară prezenţa lor[247]. Mereu puterea imaginaţiei...

► O vigilenţă corporală excesivă

Mai multe lucrări au confirmat tendinţa panicarzilor de a-şi supraveghea inconştient senzaţiile corporale, mai ales cardiacii[248]. Cîţiva dintre ei dezvoltă chiar o însuşire de a-şi evalua cu multă precizie rapiditatea ritmului cardiac[249]. Însă această vigilenţă şi atenţia excesivă pentru starea fizică proprie este prejudiciabilă stării lor psihice. Nu definim sănătatea ca „viaţa în linişte a organelor"? Jules Renard preciza chiar: „Cea mai bună sănătate este să nu-ţi simţi sănătatea". Dar panicarzii aderă cu mai multă plăcere la această frază a cunoscutului doctor Knock, şarlatanul descris de Jules Romains: „Sănătatea este o stare precară care nu prevesteşte nimic bun..."

De altfel, înrudirea între TPA şi ipohondrie (teamă obsedantă de boală) este uimitoare, cu exact aceleaşi tendinţe de „a ne asculta prea mult" şi de a ne imagina ce-i mai rău bazîndu-ne pe detalii anodine. Însă ipohondrul are adesea convingerea că este deja bolnav şi se teme, în general, de diagnosticele asociate cu o moarte lentă (cancer, SIDA, leucemie...), în vreme ce panicardul se teme mai mult de bolile care pot provoca morţi subite (infarctul miocardic, ruptură de anevrism cerebral, edem acut al căilor respiratorii...).

Persoanele panicarde sînt într-o perpetuă mişcare de apropiere şi de evitare în privinţa autoobservării: nu le place deloc să se concentreze pe senzaţiile lor fizice, deoarece le-ar crea o indispoziţie. Nici să nu le acorde întreaga atenţie, fiindcă ar avea impresia că riscă atunci să nu „anticipeze ceva grav". Ele sînt, aşadar, în permanenţă la răscruce: îşi supraveghează corpul, de unde disconfort şi nelinişte, dar nu-şi înfruntă nici odată pînă la capăt temerile, de unde cronicizarea acestora din urmă.

Ce înseamnă pînă la capăt? Vom vedea, asta vrea să însemne amplificarea simptomelor fizice temute şi găsirea unei soluţii în acea eventualitate. Una dintre pacientele mele a rezumat foarte bine ideea acestui tip de exerciţii: „În ceea ce priveşte scenariile-catastrofă, e mai bine să mergi pînă la capăt din cînd în cînd decît să fii tot timpul împotmolită..." Înclinaţia spre autoobservarea angoasată şi incompletă va fi deci una dintre principalele ţinte ale tratamentului psihologic al acestor frici.

►Chimie şi fobie: molecule ale fricii?

Ştim de mai mulţi ani că este posibil să se declanşeze un atac de panică la persoanele predispuse, utilizînd agenţi chimici. De exemplu, nişte perfuzii cu lactat de sodiu induc atacuri de panică la 25 pînă la 100% dintre pacienţii panicarzi, conform protocoalelor studiilor, şi doar pînă la 30% dintre voluntarii nepanicoşi.

Există, probabil, la aceste persoane o vulnerabilitate la anumite modificări ale echilibrelor chimice ale organismului care vor declanşa alarme false, adică inducerea unei violente reacţii biologice de frică în lipsa unui pericol real. Aceste alarme se sting cu atît mai uşor, cu cît nu se cedează în faţa panicii. Însă ele se accentuează cu atît mai durabil, cu cît înnebunim din cauza lor.

Panicarzii să nu uite: cafeaua poate favoriza atacurile de panică, aşadar, nu abuzaţi de ea. Sau, în caz contrar, va trebui să efectuaţi un mic exerciţiu de stăpînire a fricilor...

►Hiperventilaţia şi hipersensibilitatea la gazul carbonic

Unele persoane care suferă de tulburare de panică prezintă o tendinţă spre hiperventilaţie, adică ritmul respiraţiei este frecvent prea rapid şi prea amplu. De ce se întîmplă asta?

Ar putea fi consecinţa unei dereglări a mecanismelor regulatoare ale sistemului respirator.

S-a arătat că este posibilă declanşarea atacurilor de panică atunci cînd subiecţii vulnerabili sînt puşi să inhaleze un gaz ca bioxidul de carbon, sau CO2. Perfuziile cu lactat, despre care am menţionat anterior, măresc, într-adevăr, procentele sangvine de CO2, de unde şi efectul lor panicogen. Ipoteza numeroşilor cercetători este că avem cu toţii în sistemul nervos central nişte receptori destinaţi să depisteze lipsa de oxigen în aerul înconjurător, ca un soi de alarmă antiasfixiere. Dar ca întotdeauna în fricile excesive, aceşti receptori ar fi reglaţi prea sensibil la subiecţii panicarzi. Se pare că pacienţii aceştia suferă de o sensibilitate crescută de a detecta gazul carbonic (CO2) în aerul pe care-1 respiră, ceea ce le poate declanşa uneori o criză de panică[250] atunci cînd mediul înconjurător este saturat de CO2, ca în locurile prost ventilate, unde există multă lume (toată lumea trebuie să respire...). Aşa s-ar putea explica mai ales tendinţa lor spre hiperventilaţie cronică, ea avînd drept scop să diminueze procentele acestui gaz în sînge în favoarea oxigenului.

Senzaţiile de sufocare şi de lipsă de aer pe care unii panicarzi le simt atît de des sînt datorate mai mult acestei hipersensibilităţi decît unei reale lipse de aer. Să amintim că gazul carbonic este prezent în cantitate mare în aerul pe care-1 expirăm după ce am extras oxigenul din el: în spaţiile închise şi aglomerate, există, aşadar, o concentraţie crescută a acestui gaz. Nu ai cum să te asfixiezi, mai rămîne suficient oxigen pentru toată lumea şi pentru multă vreme. Însă persoanele panicarde detectează - inconştient - înaintea tuturor această acumulare de CO2 şi încep să se simtă nervoase... Să ne liniştim numaidecît cititorii panicoşi: nu este vorba despre o tendinţă spre asfixiere! Şi nu sînt singurii care-şi supraestimează nevoia de oxigen într-un spaţiu închis, chiar subiecţii nepanicoşi fac greşeală asta; dar fără a face din asta un motiv de groază[251].

Această sensibilitate accentuată pare, de altfel, să fie un indicator familial de risc pentru TPA, întrucît ea e întîlnită cu o frecvenţă ridicată la rudele apropiate ale victimelor acestei tulburări[252]. Aceste persoane nu prezintă neapărat frici ce ating un nivel fobic, însă nu sînt nici departe de asta, iar anumite circumstanţe în care vor avea impresia că „duc lipsă de aer" le pot declanşa un început de panică. O astfel de fragilitate există în mod precoce la anumiţi copii şi am putea s-o depistăm prin intermediul neregularităţilor ritmului lor respirator, prezente chiar în afara perioadelor în care se simt anxioşi[253]. Într-adevăr, o manifestare clinică a acestei sensibilităţi este bine cunoscută de apropiaţii subiecţilor panicoşi: ei simt foarte des nevoia de a inspira puternic sau de a suspina[254], au un ritm respirator mai degrabă instabil şi neregulat[255].

►Probleme cu modul de a respira

Tot ceea ce am menţionat explică de ce respiraţia este una dintre ţintele tratamentului pentru pacienţii care suferă de TPA. Paradoxul este că tendinţa asta spre hiperventilaţie - adică să se respire prea amplu şi/sau prea puternic - atunci cînd se simt anxioşi, la unii chiar în mod cronic, este, fără îndoială, un mijloc de a preveni scăderea de CO2, dar ea va provoca multe efecte neplăcute şi va reproduce, în realitate, semne fizice asemănătoare celor încercate în sindromul de frică. Puteţi experimenta umflînd cu gura, şi fără să luaţi pauză, o piscină gonflabilă pentru copii sau un balon mare: după o clipă, vă veţi simţi capul învîrtindu-se şi

o întreagă sumedenie de alte mici semne neplăcute, ca o împăienjenire a vederii sau pete în faţa ochilor, înţepături în buze sau limbă, inima care o ia la galop...

De aceea, lucrul asupra respiraţiei şi învăţarea metodelor numite de „control respirator" sînt foarte utile persoanelor panicarde supuse acestui tip de hiperventilaţie cronică.

►Raportul între TPA şi anomalii în materie de sănătate

La un moment dat, au fost efectuate numeroase lucrări de cercetare pentru a descoperi anomalii fizice care să explice atacurile de panică. S-a găsit, de exemplu, o asociere anormal de frecventă între atacurile de panică şi o anomalie a unei valve a muşchiului cardiac, prolapsul valvei mitrale. Însă în afara faptului că asemenea anomalii nu sînt mereu asociate cu atacuri de panică[256], studiile în speţă nu trebuie să fie înţelese ca nişte tentative de a accentua latura medicală a tulburării, pentru a anula patologia psihologică.

Dimpotrivă, este important să ţinem seama de asta, deoarece descoperim că există, fără îndoială, mai multe senzaţii fizice anormale sau jenante care pot reactiva fricile persoanei. Se întîmplă rar ca temerile „să se işte din nimic". De exemplu, s-a demonstrat că există foarte adesea la subiecţii panicoşi, mai ales agorafobi, mici anomalii la nivelul urechii interne, responsabilă în special de echilibru[257] Aceste anomalii explică, evident, uşurinţa cu care foarte multe dintre aceste persoane simt senzaţia de vertij ridicînd brusc capul pentru a privi în sus. Ori sînt deranjate cînd trebuie să-şi modifice acomodarea vizuală, de exemplu privind un obiect de departe după ce au fixat un obiect de aproape, şi tot aşa de mai multe ori la rînd. Şi organizarea acestor mici tulburări va trebui să fie integrată în terapie, iar unul dintre obiective va fi să înveţe „să se descurce cu": o anomalie nu e o boală.

Este important ca persoanele care simt adesea începuturi de panică să se deprindă să aibă încredere în propriul corp şi să nu se mai teamă de unele mici oscilaţii fiziologice. Acestea nu sînt nimic altceva decît expresia vieţii, care este un mecanism biologic supus unor neregularităţi sau unor disfuncţii nepericuloase.

Pentru a termina într-o notă pozitivă cu aceste legături între corp şi minte, să semnalăm, în sfîrşit, că ameliorarea TPA va induce şi o ameliorare a stării de sănătate fizică percepută, altfel spus, sentimentul de a se simţi bine în propriul corp[258].

A face faţă unei crize de angoasă sau unei indispoziţii

„Era în timpul unei călătorii în Birmania. La două zile după sosirea noastră, după ce tocmai îmi luasem micul dejun, am intrat în ascensorul hotelului cînd, dintr-odată, s-a oprit, blocat între două etaje. Luminile s-au stins. Nimeni n-a înnebunit printre ceilalţi clienţi, îmi aveam soţul alături, şi totuşi... Am simţit urcînd în mine un val de panică incontrolabilă. Mă agăţam cu mîna de soţul meu, ca şi cum căutam să-i sfărîm oasele. Nu am avut nici odată o asemenea teamă înainte. Am urcat totuşi pe munte, am practicat zborul cu parapanta, raftingul, motociclismul. Nu sînt neapărat o fricoasă. Însă acolo mi-am văzut moartea cu ochii. Am înţeles ce voia să însemne cuvîntul «panică». Din fericire, pana n-a durat decît cîteva minute. Dar aceste minute în întuneric au fost cele mai rele din existenţa mea. Simţeam un val de teroare deasupra mea, sufeream ca şi cum nişte cuţite îmi scormoneau în carne. Toate eforturile mele se concentrau pe ambiţia de a nu urla. Nu ştiu de ce. Nu voiam să par ridicolă, desigur, însă exista altceva: simţeam, în mod greşit sau pe bună dreptate, că dacă începeam să ţip, n-aş fi reuşit să mă opresc şi că urma să devin isterică şi incontrolabilă. La un moment dat, luminile s-au aprins, liftul a pornit din nou. Eram KO asemeni unui boxer ameţit de lovituri sau mai degrabă ca un ins care tocmai s-a smuls din ghearele morţii şi rămîne înţepenit, zăpăcit, încremenit, în urma terorii... N-am mai luat liftul, niciun lift, în timpul sejurului. Chiar şi în prezent, la şase luni după incident, simt că sînt încă marcată de ce s-a petrecut de fiecare dată cînd trebuie să iau din nou liftul."

Sylvaine a venit să mă consulte în urma acestui atac de panică. Ea voia o părere, să înţeleagă de ce a avut această criză şi mai ales să ştie ce-i de făcut dacă recidiva. Asemenea atacuri de panică sînt frecvente. În cazul lui Sylvaine, pe lîngă temperamentul ei anxios, accesul de frică a fost facilitat de oboseala legată de călătoria lungă şi decalajul orar; de un consum excesiv de cafea în ultimele patruzeci şi opt de ore, pentru a lupta tocmai împotriva acestei oboseli; de uşorul sentiment de nesiguranţă de a se găsi într-o ţară foarte exotică şi puţin frecventată de turişti. Am primit, de asemenea, într-o zi un pilot de linie, venit să-mi relateze

cum l-a cuprins un început de angoasă în timp ce pilota Airbus-ul plin de pasageri. I-a încredinţat comanda copilotului şi a reuşit să se calmeze. Dar a ieşit foarte zdruncinat din această experienţă, pe care nu a povestit-o nimănui. Precizare pentru cititorii mei care se tem de avion: acest pilot se simte foarte bine la ora actuală!

► Ce-i de făcut în cazul unei crize de angoasă acută?

Numeroase persoane, am spus-o, vor simţi într-o zi un atac de panică. Şi cele mai multe dintre ele nu vor veni să ne consulte. Ele vor aplica singure sfaturile de mai jos...

În toate cazurile, în faţa apariţiei primelor semne de frică, este important să ne amintim că nu este „decît" frică, pentru a împiedica încă de la început spirala de panică să-şi ia avînt. În acest scop, trebuie să fi citit şi învăţat informaţiile ştiinţifice despre debutul, dezvoltarea şi diminuarea unui ciclu de frică, aşa cum am descris în Capitolul 4. Obiectivul iniţial este de a nu agrava panica printr-o criză de nervi. Primum non nocere, respectiv: Întîi de toate, nu face rău, cum scria Hippocrate.

Este recomandat să facem, calmi, exerciţii de respiraţie abdominală, 3-4 minute: o manevră care limitează tendinţa naturală spre hiperventilaţie în situaţie de frică. Reflexul de hiperventilaţie, menit să oxigeneze un organism care trebuie să acţioneze prin luptă sau fugă, este logic. Însă am văzut că facilitează apariţia simptomelor la rîndul lor angoasante şi poate anclanşa spirala de panică. Una dintre pacientele mele, care a fost ajutată de pompieri în timpul unui început de panică într-un magazin, a intrat, pur şi simplu, într-o panică patologică atunci cînd aceştia din urmă i-au pus o mască de oxigen pe faţă: ea a simţit în acel moment efectele unei hiperventilaţii profunde!

O altă recomandare: să nu fugim de situaţie, dacă este posibil, sau să ne întoarcem la ea foarte repede, pentru a nu „confirma" creierului nostru emoţional un pericol care nu există. În cazul lui Sylvaine, asta ar fi însemnat să ia din nou liftul în aceeaşi zi. Pentru pilotul nostru de linie, nu s-a pus problema: el trebuia să continue să rămînă la comandă.

Şi o ultimă recomandare: să ne gîndim apoi la ce s-a întîmplat, calm şi în detaliu, pentru a atribui fricii ceea ce îi revine, adică esenţialul indispoziţiei. Dacă nu facem acest efort, alerta falsă va fi considerată în mod inconştient ca una adevărată. Şi frica se va reactiva cu şi mai mare forţă data viitoare.

În caz de îndoială, e mai bine să consultăm totuşi un medic. Avem o oarecare obişnuinţă şi un pic de intuiţie pentru a face deosebirea între alarma adevărată şi cea falsă. Îmi amintesc de o călătorie în TGV în care am auzit la microfon cum un controlor solicită un medic. Era vorba despre un domn de şaizeci de ani, fumător, care se simţea rău. Cînd m-a văzut sosind, s-a grăbit să-mi ofere diagnosticul său: „Sînt un pic obosit şi stresat în ultima vreme". Dar oricît de psihiatru aş fi, l-am găsit totuşi destul de afectat pentru cineva, pur şi simplu, anxios. Şi am cerut să se oprească trenul în gara următoare, după ce am chemat o ambulanţă. Am simţit că-l contrariam un pic, însă fiind în dubiu, am preferat să fac un „fals pozitiv", adică să diagnostichez o boală din imaginaţia mea, decît un „fals negativ", adică să ignor o problemă gravă. La o oră după repornirea TGV-ului, controlorul a venit să mă caute ca să mă anunţe că, de fapt, pasagerul a suferit un infarct. Nu îndrăznesc să spun că am simţit o uşurare, însă...

Cum să tratăm panicile şi fricile agorafobe

►Medicamentele

Benzodiazepinele alină panicile, anesteziindu-le temporar. Dar ele nu împiedică recurenţa fricii. Au şi tendinţa să devină ceea ce se numeşte un „obiect contrafobic" la mulţi dintre pacienţi: chiar dacă nu le consumă, ei nu vor să se mai despartă de ele, păstrîndu-le mereu la îndemînă „în caz de", în buzunar, în rucsac, în torpedo. Mulţi descriu cum şi-au declanşat începuturi de panică dîndu-şi seama că-şi uitaseră comprimatele, deşi cu o clipă înainte se simţeau bine...

Antidepresivele „serotoninergice", a căror acţiune am descris-o, dau rezultate foarte bune în atacurile de panică, pe care reuşesc aproape întotdeauna să le diminueze sau să le suprime total[259]. Cu condiţia ca pacienţii să le suporte: într-adevăr, din cauza hipersensibilităţii lor interoceptive, adică excesul de atenţie acordat propriilor senzaţii fizice, ei vor simţi aproape toate efectele secundare posibile. Există şi un risc de

recidivă la oprirea tratamentului, mai ales dacă n-a fost efectuată nici o psihoterapie în perioada în care au fost administrate medicamente. Terapia trebuie să dureze minimum un an.

►**Psihoterapia comportamentală şi cognitivă**

Această nouă abordare psihoterapeutică a schimbat radical viaţa a numeroase persoane care suferă de atacuri de panică şi de agorafobie. Ea se bazează pe o întreagă serie de tehnici care, asociate unele cu altele, dau rezultate validate de numeroase studii ştiinţifice[260].

Acceptarea dimensiunii psihologice a tulburării de panică

Această etapă prealabilă este importantă. Cu cît persoana va înţelege mai bine mecanismele tulburării sale, cu atît va practica mai uşor tehnicile de expunere care, de altfel, vor fi foarte angoasante pentru ea: fricile simţite în acest caz sînt frici adevărate, comparabile fizic cu ce ar putea simţi un nepanicos pe care l-am introduce în cuşca a trei tigri, asigurîndu-l că nu păţeşte nimic, pentru că tigrii tocmai şi-au luat micul dejun.

Învăţarea tehnicilor de control respirator şi de relaxare

După ce am explicat cum hiperventilaţia poate agrava senzaţiile de frică şi angoasă, terapeutul va învăţa pacientul să adopte un ritm respirator constant, în general pe baza a şase cicluri inspiraţie-expiraţie pe minut. Inspirăm lent cinci secunde, numărînd în minte „un-doi-trei-patru-cinci", apoi expirăm lent alte cinci secunde. Putem face între fiecare inspiraţie şi expiraţie, şi invers, o pauză scurtă de o secundă. Detaliem aceste tehnici în Anexă.

Metodele de relaxare, descrise, de asemenea, în Anexă, pot fi utile, însă nu vor fi suficiente de unele singure. Scopul lor este să învăţăm să limităm creşterea angoasei, şi nu de a-i împiedica apariţia.

Oprirea spiralei de panică

Lucrul asupra înlănţuirii gîndurilor angoasante se efectuează cu ajutorul tehnicilor cognitive: discuţii cu terapeutul despre pertinenţa gîndurilor automate şi a interpretărilor anxioase (cogniţiile), o examinare aprofundată a convingerilor alarmante... Dar oricît de utile şi necesare ar fi, aceste discuţii nu reprezintă decît un timp preliminar şi trebuie să fie urmate întotdeauna de confruntări. Într-adevăr, doar lucrul asupra cogniţiilor „reci" (fără activare emoţională) nu este eficace. Nu va da rezultate decît dacă este efectuat şi asupra cogniţiilor „calde", cînd emoţiile de frici excesive sînt pe punctul de a ne „împinge" din spate...

Modificarea convingerilor alarmante la o pacientă panicardă agorafobă

Convingeri înaintea terapiei	Convingeri după terapie
Dacă am un început de vertij, îmi voi pierde, cu siguranţă, cunoştinţa.	Simt adesea mici vertijuri; nu-mi place asta, dar nu-i grav. Se întâmplă, în general, atunci când sunt obosită sau stresată.
Toate aceste începuturi de indispoziţie înseamnă că am o boală gravă, voi sfârşi prin a muri din cauza ei.	Am aceste manifestări de mai mulţi ani, şi toate rezultatele analizelor mele sunt normale: este neplăcut, însă, sigur, nu voi muri din cauza asta.
Când începe criza, nu pot face nimic, decât să fug sau să mă îndop cu tranchilizante.	Dacă nu fug de situaţie şi respir calm, îmi va trece. Dacă nu dau înapoi în faţa angoasei mele, ea va fi cea care va da înapoi.

Înlăturarea traumatismului: expunerea în imaginaţie la amintirea celor mai rele crize

La mulţi dintre pacienţi, amintirile crizelor de panică sînt atent evitate. Însă această evitare, ca întotdeauna, le menţine intactă puterea „înfricoşătoare". Dar este esenţial, cînd aceste amintiri se vor trezi automat la fiecare nou val de frică, să fie „curăţate", în scopul de a deveni doar nişte amintiri pentru creierul nostru emoţional, şi nu o actualitate. Ceea ce este, de altfel, cazul amintirilor traumatice, oricare ar fi originea lor: emoţia de frică a fost încarcerată încă „de vie", cu amintirea, şi se va trezi la fiecare evocare a numitei amintiri...

Pentru a-i face pe pacienţi să se confrunte astfel, le cerem să povestească precis, cu multe detalii senzoriale, aceste crize iniţiale, care au fost, în general, cele mai intense şi cele mai traumatizante, Îi invităm apoi să le scrie şi să le recitească de mai multe ori, pînă cînd simt că nu mai sînt decît nişte amintiri neplăcute, şi nu actualitate emoţională. Este ceea ce am făcut cu Sophie, a cărei poveste v-am oferit-o la începutul capitolului. Se întîmplă chiar ca persoana respectivă să-şi înregistreze relatarea pe un suport audio, pentru a o asculta zilnic şi a uza cu regularitate reacţia de frică.

Autoprovocarea simptomelor fizice: expunerea la senzaţiile temute

Este vorba, cu siguranţă, despre unul dintre modurile de a trata care uimesc cel mai mult persoanele neavertizate asupra tehnicilor comportamentale: ce încearcă, aşadar, să provoace acest terapeut care le cere pacienţilor să sufle într-un pai sau care-i face să se învîrtească foarte repede pe un scaun cu rotile?

El vrea să declanşeze la pacienţii săi acele senzaţii fizice de care ei se tem, de care le este foarte frică şi care-i fac să se panicheze! Iată exerciţiile pe care le practicăm cel mai des, în funcţie de senzaţiile temute[261]:

● Menţinerea pacienţilor noştri în picioare mai mult timp (20-40 de minute). Ei cred, de obicei, că nu vor rezista mai mult de 3 minute fără să le fie rău.

● Îi facem să se învîrtească (1-2 minute) cu ajutorul unui scaun cu rotile sau într-un picior, ca nişte dervişi rotitori. Scopul vizat: să nu mai intre în panică din cauza senzaţiilor de vertij pe care le declanşează această mişcare de rotire (la toată lumea, chiar la terapeut, pot să vă asigur...).

● Să-i fac să întoarcă rapid capul spre stînga (1-2 minute) cu acelaşi obiectiv.

● Să-i fac să hiperventileze (1-2 minute), cerîndu-le să respire foarte adînc şi destul de repede. Puneţi deoparte această carte şi încercaţi o clipă...

● Să-i fac să respire printr-o ţeavă sau un pai, cu nasul acoperit (1-2 minute), pentru a declanşa senzaţiile de lipsă de aer de care se tem.

● Pentru cei care se tem să simtă inima bătîndu-le puternic sau repede, urcarea rapidă a unei scări sau flotări, genuflexiuni (5-10 minute). Apoi să se concentreze pe propriile bătăi cardiace şi să-şi dea seama că nu se întîmplă nimic grav şi că inima poate reveni la starea de calm de una singură.

Recucerirea teritoriului: expunerea la situaţiile evitate

Este vorba despre un demers clasic de expunere la situaţiile temute, care completează, în general, faza precedentă şi depinde de importanţa fricilor agorafobice. Pentru unii, exerciţiul va începe cu încercarea de a ieşi din casă singuri şi de a-şi extinde puţin cîte puţin teritoriul, stradă după stradă. Pentru alţii, va însemna să ia din nou transportul în comun - una, apoi două, pe urmă trei staţii de autobuz sau de metrou - sau să-şi conducă din nou maşina - şi să se aventureze din ce în ce mai departe, din ce în ce mai mult timp. Pentru alţii, va fi nevoie să înveţe să aştepte, în picioare, la o coadă. Îmi amintesc astfel că mi-am însoţit unul dintre pacienţi într-un mare magazin aproape de spital. Era înţepenit în faţa raionului de periuţe de dinţi de o jumătate de oră, în vreme ce plecam în apropiere şi mă întorceam, lăsîndu-l să-şi controleze fricile fără să mă îndepărtez prea mult, pentru că era prima dată cînd îl testam în această situaţie. Însă manevrele noastre au atras atenţia paznicilor magazinului, care s-au apropiat imediat, ca să ne întrebe dacă aveam o problemă. Pacientul meu şi cu mine le-am ţinut un mic curs despre atacurile de panică. Nu sînt sigur că i-a pasionat, totuşi ne-a asigurat apoi o relativă linişte pe durata exerciţiilor noastre în magazinul lor...

Menţinerea însuşirilor dobîndite: trăiască sportul!

Practicarea cu regularitate a unui sport este benefică pentru tulburarea de panică: ea îi învaţă pe pacienţi să nu se mai teamă de senzaţiile lor corporale. Însă tocmai pentru că se tem de aceste senzaţii, panicarzii au mai degrabă tendinţa să evite activitatea fizică[262], deşi practicarea constantă a unui exerciţiu fizic le va ameliora simptomele[263]. Şi în acest caz, la fel ca pentru expunere, sînt recomandate în special cîteva mici exerciţii prestabilite care sînt mai eficiente decît mari eforturi depuse în diferite intervale de timp.

M-a cuprins un fior de spaimă...

Crizele de angoasă au existat întotdeauna, fără îndoială. Găsim, de exemplu, numeroase descrieri în Biblie, precum acest pasaj din Cartea lui Iov (4, 14):

„Cutremur m-a apucat şi fiori mi-au scuturat toate oasele.

Atunci, un duh a trecut prin faţa mea; tot părul mi s-a zbîrlit de groază".

Ne putem întreba, totodată, dacă fricile acestea, legate de sentimentul constant de nesiguranţă, de teama de boli grave şi inducînd treptat o agorafobie, nu afectează mai mult în prezent decît altădată. Modul nostru de viaţă modernă necesită, în realitate, deplasări foarte frecvente, ca mersul la serviciu cu maşina personală sau mijloacele de transport în comun, cumpărăturile, călătoria cu avionul sau trenul pentru deplasări profesionale sau vacanţe. Era, fără îndoială, mai puţin grav să fii panicos agorafob într-o societate tradiţională, mai sedentară, decît este astăzi în societatea noastră în care mobilitatea este regula. De unde şi marea disperare şi marea cerere de ajutor a persoanelor afectate de aceste frici.

Însă un alt motiv care suscită interesul terapeuţilor pentru această tulburare este trăsătura sa metafizică: panicarzii sînt nişte pacienţi cu care putem adesea „discuta filosofie". Angoasele lor despre viaţă şi moarte, sănătate şi boală, autonomie şi dependenţă îi fac - un pic constrînşi, este adevărat - să reflecteze la tot ce este esenţial pentru fiinţa umană: sentimentul de pierdere a controlului asupra existenţei, toate formele de vertij existenţial, rupturile în ordinea aparentă a lucrurilor, conştientizările brutale ale fragilităţii noastre fizice, mentale... De unde şi obsedanta lor conştiinţă a efemerităţii vieţii, frica lor de moarte şi de nebunie. Toţi oamenii poartă aceste frici în ei, însă cei mai mulţi ajung să nu se mai gîndească sau să nu înnebunească reflectînd la ele. Dar panicarzii nu pot uita. Aşa pot fi explicate, ca întotdeauna, forţa şi bogăţia lor cînd reuşesc să-şi depăşească fricile: viaţa lor poate deveni astfel mai bogată decît cea a multora dintre non-fobici...

CAPITOLUL 10
Multe alte frici...

Teama de moarte, de îmbolnăvire, de ghiorăit, de a vomita, de sufocare, de a naşte, de a face dragoste, de a lovi pe cineva pe care-l iubim...

Fricile sînt nenumărate, întrucît pericolele care ne ameninţă sau pe care le personificăm sînt la rîndul lor nenumărate.

Această creativitate a fricii, care se manifestă prin intermediul tuturor acestor măşti, n-are decît un remediu: inventivitatea terapeutului, şi aceea a pacientului său, amîndoi angajaţi într-o luptă, solicitantă dar pasionantă, pentru a combate aceste frici excesive.

Vom extrage apoi ce-i mai bun din asta: teama de boală şi teama de moarte reprezintă pîrghii optime pentru a medita la sănătate şi la viaţă. Însă trebuie mai întîi să le subjugăm...

„Nu vreau trăiesc veşnic în amintirea oamenilor prin
intermediul operei, ci fiind eu însumi nemuritor."
Woody ALLEN

„Doctorului Christophe Andre, fobolog."

Printre scrisorile pe care le primim la spital, unele au adrese sau titluri fanteziste. Dar era prima dată, în dimineaţa aceea, cînd ţineam în mînă o corespondenţă menţionînd această diplomă honoris causa, evident imaginară, de fobolog, specialist în frici şi fobii. Sînt încîntat de ea şi păstrez şi astăzi plicul în biroul meu din Sainte-Anne. Într-adevăr, ca mulţi dintre confraţii mei, am văzut tot felul de frici şi fobii...

Pseudofrici şi fobii false

Anumite frici excesive sînt datorate, în realitate, altor maladii. Ştim, de exemplu, că o formă aparte de epilepsie, numită temporală, poate provoca apariţia unei panici brutale fără o logică anume, în afară de aceea de a fi facilitată de oboseală şi agitaţie emoţională[264], În cazuri rare, o teamă violentă de întuneric la copil îşi poate avea, de fapt, originea într-o boală oculară familială, o retinopatie[265]. Nu se poate vorbi însă, decît în mod excepţional, de a găsi o cauză originară precisă unor manifestări de frică.

În schimb, frici invalidante pot complica adesea boli sau probleme fizice preexistente. Am întîlnit într-o zi un pacient foarte emoţionant, care prezenta o fobie socială secundară unei infirmităţi motrice cerebrale. Din cauza deficienţei cerebrale, Emmanuel suferea de tulburări grave de mers: se deplasa cu dificultate, cu un mers „legănat", tulburări ale motricităţii fine (îi era greu să prindă obiectele) şi mai ales probleme de vorbire: se exprima cu dificultate, sacadat şi exploziv, şi trebuia să te obişnuieşti ca să-l înţelegi şi să ai o

relativă răbdare. Însă merita să-l ajut, pentru că era un băiat foarte inteligent şi afectuos. Şi curajos: trăia singur în Paris, ajutat de vecini şi prieteni pentru numeroase sarcini cotidiene, refuzînd să rămînă dependent de familia lui care locuia în nordul Franţei.

Emmanuel avea un temperament vesel şi curios şi adora să se aşeze la terasa bistrourilor, pentru a degusta un pahar privind trecătorii. Sau, cînd economiile i-o permiteau, îi plăcea să meargă la restaurant ca să ia o masă bună. Din nefericire pentru el, handicapul motor juca în defavoarea lui: de mai multe ori i se refuzase servirea sau, ceea ce însemna acelaşi lucru, chelnerul „uitase" să-1 servească. Dacă solicita o băutură alcoolizată, ceea ce era dreptul lui firesc de cetăţean adult şi responsabil, i se opunea o rezistenţă pasivă sau i se ţinea un discurs calmant despre „starea lui care nu-i permitea". La un moment dat, Emmanuel a dezvoltat o teamă de aceste incidente atît de des repetate, care îi răpeau una dintre plăcerile pe care i le oferea traiul parizian. În cele din urmă se temea să se mai ducă în localuri în care nu era cunoscut, din cauza a ceea ce numea el, cu multă inteligenţă şi umor, „handicapatorilor" lui. De altfel, a conceput o strategie de planificare a apariţiilor lui în aceste locuri: le scria cu cîteva zile înainte o scrisoare responsabililor barului sau restaurantului, în care le explica tulburarea lui, le preciza că, în ciuda motricităţii şi dicţiei lui haotice, era pe deplin lucid şi responsabil.

Pe scurt, nu trebuia să le fie teamă de el şi de handicapul său!

Dacă handicapaţii pot, din păcate, să înspăimînte, adesea sînt ei înşişi victimele fricilor legate de privirile aţintite asupra persoanei lor. Orice formă de handicap vizibilă de celălalt poate deveni astfel terenul fricilor sociale invalidante: au fost raportate, de exemplu, cazuri de fobie socială secundare bolii Parkinson, în care pacienţii dezvoltă o teamă excesivă cînd oamenii le observă tremurăturile şi incapacitatea[266]. Dintre persoanele afectate de un „tremur esenţial", de origine adesea familială, aproximativ 30% vor dezvolta simptome de fobie socială[267].

Printre temerile legate de boli organice să cităm kinezifobia, teama de mişcare şi de acţiune, frecventă cel puţin cu titlu temporar la persoanele care au suferit de dureri importante, precum sciatici severe. Şi, prin extensie, psihokinezifobia, teama de a efectua operaţiuni mentale, mai ales la bolnavii de migrenă, cărora le e frică să nu se declanşeze noi crize[268]: important în aceste cazuri este să nu ne pierdem, sub nici o formă, cu firea! Aceste frici se înscriu în cadrul mai general al algofobiilor, fricile de durere, care pot face, de exemplu, multe persoane să-şi amîne vizitele la dentist! Ele sînt uneori sechelele tratamentelor anterioare efectuate fără menajamente.

Multe dintre frici şi fobii pot fi legate de cele trei mari categorii pe care tocmai le-am abordat în capitolele anterioare. De pildă, teama de a roşi, de a transpira, de a tremura sînt în raport cu fricile şi fobiile sociale. Am menţionat deja aceste lucruri.

Există şi azi variante culturale ale marilor categorii de frici. Fobia socială în Japonia se numeşte Taijin-Kyofusho, o teamă de a nu-1 deranja pe celălalt printr-un comportament social inadecvat[269]: un zîmbet nepotrivit, de exemplu. Specifitatea culturală: nu mi-e teamă să par jenat (a nu fi la înălţime este o problemă pentru occidentali), ci să nu-i jenez pe ceilalţi (nerespectarea regulilor de integrare în grup constituie o problemă pentru orientali).

De asemenea, atacurile de panică la eschimoşi nu au decît rareori legătură cu situaţii precum metroul, cozile de aşteptare sau ambuteiajele pe autostradă. Dar ele se exprimă mai degrabă prin „fobia caiacului": teama de a pleca în caiac la vînătoare de foci („Şi dacă mi se face rău acolo, singur în spatele aisbergului acestuia mare?")

Însă exotism există şi la noi: fobia fantomelor şi strigoilor combină elemente de frică de întuneric, de frică de moarte şi de frică de singurătate; să semnalăm şi frica de a fi îngropat de viu la claustrofobi şi panicarzi...

De fapt, vom aborda în acest capitol, pe de o parte, frici şi fobii rare sau particulare, care nu pot fi ataşate niciunui alt grup, reprezentînd, totodată, pentru persoana care este afectată problema centrală, cu adevărat jenantă. Pe de altă parte, frici şi fobii care se înscriu, în realitate, în cadrul bolilor anxioase distincte, pentru care fricile nu constituie decît o parte.

Frici şi fobii rare sau mai puţin cunoscute

► Frica de sufocare mîncînd sau bînd

Fobia de sufocare este relativ răspîndită: persoanele care suferă de ea nu suportă să fie nevoite să înghită alte alimente decît cele semilichide sau cu înghiţituri mici, îndelung mestecate. Ele tolerează cu dificultate să aibă obiecte dure în gură: dacă reuşesc să folosească singure periuţe de dinţi, tolerează cu greu tratamentele dentare. Dar le este greu şi să înghită comprimatele şi pastilele prea voluminoase. Nu pot purta gulere strînse, cravate şi sînt foarte angoasate de anginele sau infecţiile ORL uşoare, care le vor da o senzaţie îngrijorătoare de jenă respiratorie. Cel mai rău coşmar al lor este, desigur, de a muri asfixiate, fiindcă au înghiţit greşit, sau de a fi victimele unui edem al glotei după ce s-au trezit înţepate de o viespe ascunsă într-o boabă de strugure.

►Frica de a vomita în public

Văd destul de des persoane care se tem să vomite în public după ce au mîncat, motiv pentru care nu iau nici o masă înaintea unui eveniment social. Ele prezintă destul de des alte frici sociale, însă uneori această teamă de a vomita este izolată.

Una dintre pacientele mele, pe care o vom numi Charline, nu mînca nici odată înainte de a pleca de acasă; în cursul săptămînii, nu se hrănea, în general, decît seara. Dacă trebuia să mănînce în prezenţa altor persoane şi, mai mult, era nevoită să rămînă alături de ele în timpul digestiei, era atentă să nu consume decît feculente - orez, paste, preparate pe bază de cartofi - pe care le credea mai potrivite pentru stomacul ei în cazul în care i se făcea greaţă, Încerca pe cît posibil să nu mănînce decît alimente puţin colorate, spaghete carbonara mai degrabă decît bolognese: în cazul unui „accident", acesta ar fi fost mai puţin respingător şi mai puţin spectaculos. În timpul tratamentului, terapeuta care a luat-o în grijă îi cerea să vină la consultaţie după o masă, apoi se duceau împreună pe stradă, în magazine, în metrou etc. Pe durata anumitor exerciţii, pacienta trebuia să întrebe într-o cafenea: „Unde este toaleta, vă rog, îmi vine să vomit...", să se ducă şi să rămînă acolo „ca şi cum". Apoi să iasă din nou şi să ceară un şerveţel angajatului. După aproximativ şase luni, fricile ei s-au atenuat semnificativ. Ea a început din nou să accepte invitaţiile la mese în afara casei şi să consume diverse alimente pînă atunci „interzise".

►Frica de ghiorăituri, de flatulenţe sau de incontinenţe

Ni se întîmplă să facem lucruri uimitoare în terapia comportamentală, v-aţi dat, fără îndoială, seama de asta citind această lucrare. Dar unul dintre cele mai uimitoare momente din cariera mea de fobolog a fost, negreşit terapia lui Isabelle.

Aceasta era o femeie de vreo treizeci de ani, venită să mă consulte pentru o fobie socială. Discutînd cu ea, am înţeles că fricile sociale de care îmi vorbea erau, în cele din urmă, puţin importante, mi se părea că existau alte probleme mai urgente de rezolvat la personalitatea ei şi am început să i-o spun, cînd, brusc, m-a întrerupt: „Ah, în realitate, doctore, dacă nu mă simt adesea în largul meu în aceste situaţii, este pentru că... Mi-e teamă să nu dau vînturi". Isabelle se temea să nu-i ghiorăie stomacul, însă mai ales de a „flatula" în public. Cum era posibil ca o simplă jenă pentru majoritatea dintre noi să devină obiectul temerilor importante la această femeie?

Potrivit lui Isabelle, fricile ei proveneau dintr-o mare umilire suferită în adolescenţă. Sub efectul tracului, a avut parte de acest gen de incident la liceu, în timp ce se ducea la tablă. Profesorul şi întreaga clasă şi-au bătut atunci joc de ea fără margini. Dar cel mai rău a fost că mai mulţi băieţi din clasă au prins apoi obiceiul de a imita din gură zgomote de flatulenţă de fiecare dată cînd fata trecea prin apropiere sau, mai grav, cînd era chemată la tablă. Şi cum povestea a făcut rapid înconjurul liceului, Isabelle a devenit ţinta a numeroase ironii, pînă cînd părinţii au retras-o din şcoală. Însă răul era făcut.

Desigur, Isabelle era, de altfel, foarte sensibilă, foarte emotivă. Fireşte, se îndoia de ea însăşi, se arăta mai degrabă rezervată şi mai precaută cu noile cunoştinţe. Însă aceste trăsături de personalitate nu erau la un nivel patologic. Ele reprezentau doar o jenă, adevărata sa solicitare era alta: „Am făcut deja două terapii, care m-au ajutat să-mi recapăt încrederea în mine, dar nu am scăpat de fobie". I-am explicat atunci, ca de obicei într-un asemenea caz, în ce urma să consiste munca noastră: în mare, să nu-i mai fie ruşine de

flatulare şi deci să mergem s-o facă pe drum, în metrou, în sălile de aşteptare etc. Probabil că nu am fost foarte convingător în acea zi, pentru că Isabelle nu s-a prezentat la întîlnirea următoare şi nu am mai auzit vorbindu-se despre ea aproximativ un an. Apoi ea a reluat contactul cu mine, uşor jenată: „M-aţi înspăimîntat prea tare, data trecută, cu exerciţiile dumneavoastră. Nu mă vedeam făcînd toate astea, preferam să rămîn cu fobia mea. Dar de atunci... Am întîlnit pe cineva. Şi mi-e atît de frică să nu mi se întîmple asta cu el!"

Cîteva luni mai tîrziu, am început terapia. Am făcut mai întîi o trecere în revistă a temerilor sale: în cazul în care ar fi flatulat,

Isabelle se temea să fie catalogată ca respingătoare şi nepoliticoasă. M-a asigurat că n-a auzit nici odată pe nimeni să facă aşa ceva în societate, în afară de ea. A mărturisit că, în plus, îi era teamă să nu se confrunte cu acelaşi gen de batjocuri precum cele suferite în liceu. Am petrecut, aşadar, două şedinţe pentru a vorbi exact despre această perioadă şi a o retrăi în cele mai mici detalii senzoriale şi emoţionale, aşa cum facem într-un asemenea caz pentru a „curăţa" amintirile traumatice. Apoi am alcătuit lista gîndurilor pe care oamenii le-ar putea avea faţă de cineva care ar flatula în prezenţa lor, de tipul: „Ei bine! Sînt unii care nu se jenează". Asta pentru a evalua calm importanţa şi efectele exacte.

În sfîrşit, am început să pregătim cîteva exerciţii: i-am cerut lui Isabelle să cumpere dintr-un magazin de ciudăţenii o pernă pîrţîitoare, un soi de balon de băşică ce se pune sub un puişor de pernă şi care imită zgomotul flatulenţelor. Am exersat să producem aceste zgomote în timpul consultaţiei. Şi să le imităm din gură. Am recurs la cîteva mici jocuri de rol, în care Isabelle răspundea eventualelor priviri nemulţumite printr-un zîmbet larg şi un: „Scuzaţi-mă, sînt un pic balonată în clipa asta". Am încurajat-o să vorbească despre problema ei cu cele mai bune două prietene ale ei. Ea n-a discutat nici odată despre această teamă cu nimeni. Doar părinţii ei erau la curent.

În timpul şedinţei următoare, am ieşit cu balonul nostru. În metrou, apoi în holul unui mare hotel aproape de spital, pe urmă într-un mare magazin, am produs zgomote anatomice variate. La început, eu mi le-am „asumat", după aceea Isabelle. Ea trebuia să facă zgomotul, continuînd să privească oamenii din jur în ochi. După o oră, Isabelle a înţeles mesajul: flatulenţa este un eveniment social supărător, dar „gestionabil"...

Mai rămîne doar să se expună unui risc real. Isabelle a evitat întotdeauna cu grijă alimentele care favorizează fermentaţiile digestive aflate la originea gazelor: fasole albă, linte, varză, ceapă etc. Avea drept misiune, aşadar, să înceapă din nou să le consume, Între timp, ea a îndrăznit să vorbească despre fricile ei cu una dintre prietenele sale, care i-a povestit că şi ei i se întîmplă uneori, pentru că suferea de aerofagie . La o ieşire la shopping împreună, într-o sîmbătă după-amiază, ele au rîs una de alta, în magazine, în autobuze, pe scurt în public, cu dialoguri de genul: „Ai dat vînturi! Nu, tu ai fost!", însoţite de hohote nestăpînite de rîs... Atunci cînd Isabelle mi-a povestit întîmplarea, am ştiut că urma să se vindece. Cîţiva ani mai tîrziu, în camera uneia dintre fetele mele, am dat peste o cărticică pentru copii al cărei titlu era *Encore toi, Isabelle?* şi care relata povestea unei fetiţe timide, complexată fiindcă burtica ei făcea zgomote[270]. Dar nu Isabelle era cea care o scrisese...

Nu toate poveştile de frici asemănătoare cunosc neapărat un deznodămînt atît de favorabil. Se întîmplă destul de des ca fricile acestea centrate în jurul zgomotelor tubului digestiv, ghiorăitului sau gazelor să apară în cadrul tulburărilor de personalitate mai importante decît cele ale lui Isabelle. Aceste „borborigmo-fobii" (din grecescul borborygmos, zgomot al intestinului) vor trebui tratate ţinînd cont de fragilităţile pacientului care le prezintă: exerciţiile de expunere pot declanşa emoţii destul de violente.

Cît despre teama de incontinenţă, ea nu se pretează, evident, la fel de bine unor reconstituiri ale situaţiei respective. Pacienţii trebuie totuşi să se confrunte progresiv cu riscul teoretic de diaree, începînd din nou să consume fructe şi legume proaspete, pe care le evită, în general, de ani buni. Trebuie ştiut că, atunci cînd aceste frici sînt accentuate, riscul de diaree psihomotrice există cu adevărat, nu este doar o posibilitate. Ştim, de exemplu, că, sub efectul unei frici violente, numeroşi soldaţi tineri în războiul din 1914-1918, în momentul trecerii la atac şi ieşirii din tranşee, prezentau un fenomen de acest tip care se numea sobru „diareea tînărului recrut". Va fi necesar, aşadar, să-i facem pe aceşti pacienţi să lucreze pe alte forme de

ruşini şi frici sociale pentru a începe a-i învăţa în ce mod să le „obosim" şi să le antrenăm, apoi să-i deprindem să înfrunte situaţia în sine: să iasă cu un pantalon sau o rochie de culoare deschisă; pe urmă pătaţi la spate; să se ducă după aceea într-un bar şi să întrebe care este drumul spre toaletă, precizînd, „am avut un accident", fără să caute să ascundă pata etc. Ideea de bază este de a exersa să ne asumăm un incident jenant, desigur, pentru toată lumea, dar care nu trebuie să stea la originea unei frici ce poate afecta o viaţă întreagă. Procedura este aceeaşi în cazul fricii de incontinenţă urinară.

Dacă există un inconvenient real la acest nivel, le explic pacienţilor mei că nu trebuie să se pedepsească pentru atîta lucru şi să se condamne, prin fricile şi evitările lor, la ceea ce numesc o „suferinţă dublă": inutil să adauge problemei anatomice, pe care n-o pot modifica deloc, emoţii de teamă şi ruşine, pe care ei trebuie, dimpotrivă, să le rezolve.

►Frica de cădere şi de spaţiile deschise

Fobiile mersului sînt destul de frecvente la persoanele în vîrstă puţin autonome, care se tem de consecinţele unei căderi sau care au căzut deja şi au aşteptat uneori ajutor cîteva ore sau chiar cîteva zile. Aceste frici sînt adesea invalidante, deoarece persoanele în vîrstă încep să renunţe la micile drumuri şi ieşiri necesare echilibrului lor psihic, mental şi social. Temerile lor sînt agravate în faţa spaţiilor deschise şi pot semăna deci cu cele ale agorafobiei[271] Însă fobia de alunecare există şi la subiecţi tineri, precum o pacientă care prezenta o teamă de cădere şi nu-şi putea pune şosete sau colanţi, de teamă că nu vor face aderenţă bună cu încălţările. Gary Larson, un cunoscut creator american de desene animate, bazîndu-se pe un posibil coşmar din copilărie, a ilustrat într-o zi o fobie nouă, luposlipafobia, neologism creat chiar de el plecînd din latinescul lupus, lup, şi englezescul slip, a se strecura, pentru a desemna „teama de a fi vînat de lupii din pădure în jurul mesei de bucătărie în timp ce este în şosete şi pardoseala tocmai a fost ceruită[272]"...

►Frica de naştere sau tocofobia

Tocofobia, din grecescul tokos, „procreare", este cunoscută de multă vreme de medici. Trebuie amintit că ea se bazează pe o anumită realitate istorică: pînă la descoperirea regulilor moderne de igienă - spălatul mîinilor înainte de a asista naşterea este o regulă apărută de două secole, apoi aceea a antibioticelor, foarte multe femei mureau la naştere. Existau, aşadar, la acea epocă destule argumente pentru a fi tocofobă. Chiar dacă asistenţa medicală a naşterilor ar fi făcut din acest rezultat dramatic o excepţie, teama de naştere pare încă destul de răspîndită, deşi nu i se cunoaşte frecvenţa exactă[273].

Ea poate apărea într-un mod numit „primar", înaintea oricărei experienţe personale de naştere. Ca să nu-şi asume riscul, tinerele care suferă de tocofobie recurg fie la o evitare a raporturilor sexuale, fie la o contracepţie riguroasă. Cînd dorinţa de a avea copii biruie asupra fricii, ele caută adesea un obstetrician înţelegător cu care pot negocia o cezariană.

Tocofobia poate fi şi „secundară", adică să survină în urma unei naşteri cu evoluţie nefericită: suferinţă neonatală sau moartea copilului, ori accident obstetric. În toate cazurile, aceste frici se pot răsfrînge asupra oricărui lucru care implică situaţia temută şi pot să provoace, de exemplu, un disconfort intens în faţa relatărilor sau fotografiilor de la naştere. Cunoştinţele despre mijloacele de a trata aceste paciente sînt încă incomplete.

► Frica de raporturi sexuale

Spre deosebire de tocofobie, temerile şi fricile care gravitează în jurul raportului sexual au constituit subiectul multor lucrări scrise de sexologi şi sînt disponibile numeroase tratamente eficace[274]. La femeie, cea mai frecventă frică este vaginismul, adică teama de o penetrare care va induce o contracţie reflexă incontrolabilă a muşchilor vaginului. Iar la bărbat, teama de a nu reuşi să aibă erecţie sau cea a unei ejaculări precoce, care au drept caracteristică esenţială aceea de a fi modele de frici autoinduse: frica favorizează apariţia obiectului fricii noastre. Aceste spaime sînt apropiate de ceea ce numim la sportivi sau artişti „anxietatea de performanţă", pentru care angoasanta şi sîcîitoarea întrebare centrală este: „Voi fi la înălţime?"

Unul dintre prietenii mei psihiatri, specialist în tulburări anxioase, vorbea sub formă de butadă despre „tulburare penică", făcînd aluzie la tulburarea de panică, pentru a descrie neliniştea foarte mare ce pune

stăpînire pe anumiţi pacienţi în momentul unui raport sexual. Sub efectul libertăţii sexuale, femeile sînt, şi ele, din ce în ce mai confruntate cu aceste frici referitoare la o performanţă sexuală sau cel puţin o sexualitate în limitele normale: „Am suficiente orgasme? Sînt destul de puternice? Sînt destul de sexy pentru partenerul meu?"

Aceste frici sexuale răspund bine componentelor de bază ale terapiilor comportamentale şi cognitive: informaţie, disculpare, confruntare progresivă cu partenerul a situaţiilor temute, cu condiţia, totodată, să nu fie asociate cu nişte secrete nedezvăluite partenerului: pierderea dorinţei, din cauza legăturilor extraconjugale etc.

► **Frici şi fobii rare şi atipice**

Parcurgînd literatura despre frici şi fobii, vom găsi un soi de inventar fără cap şi fără coadă: există - într-adevăr - frici de orice! Ne poate fi frică de păpuşi, de zăpadă, de flori, de fluturi, de crucifixe, de extaz... Raritatea relativă a acestor frici le face şi mai puţin cunoscute şi, în afara povestirilor de vînătoare ale psihiatrilor şi psihologilor, nu este deloc posibil să generalizăm în legătură cu ele.

Sînt şi aversiuni puternice, asemănătoare oarecum cu imaginea aversiunii pentru scîrţîitul cretei sau al unghiei pe o tablă neagră, sau pe o suprafaţă metalică mată. De exemplu, anumite persoane nu suportă contactul cu mătasea sau vata: evitările lor sînt categorice, dar ele nu se supun unei logici a fricii, ci mai degrabă unei forme de dezgust. Anumite mirosuri pot declanşa şi ele unele indispoziţii: au fost descrise, de pildă, cazuri de aversiune la mirosul de trandafiri. Şi în privinţa lor, au fost scrise foarte puţine lucrări în legătură cu acest subiect, cu toate că ştim că dezgustul este adesea implicat în anumite fobii (porumbei, insecte, sînge), alături de frică[275].

În general, cu cît fobia este mai bizară sau mai rară, cu atît fobologul este mai prudent! Mai ales atunci cînd frica se diferenţiază net de rădăcinile şi funcţiile ei evolutive logice: să ne îndepărtăm de ceva periculos pentru specia noastră. În cazul fricilor ciudate, este posibil să fie vorba despre simptome care fac parte din schizofrenii sau tulburări de personalitate, precum stările limită.

Sau despre temeri bizare la persoane „normale", explicabile sau nu prin istoricul lor intim sau familial.

► **Tratamentele pentru frici rare**

Multe dintre psihoterapii evitau altădată să pună în practică o terapie axată asupra fobiei, ca într-un caz istoric de fobie de păpuşi care a necesitat patru ani de psihanaliză şi aproape şapte sute de ore de şedinţe[276]. Considerăm astăzi că munca directă asupra fobiei, realizată de un terapeut experimentat, capabil să facă distincţia între fobia reală, necesitînd TCC, şi pseudo-fobie, în care TCC nu sînt indicate, poate fi, dimpotrivă, eficace şi fructuoasă în acelaşi timp.

Frici şi fobii simptomatice ale altor boli ale anxietăţii

Putem găsi frici şi fobii asociate în aproape toate bolile psihice: depresie, schizofrenii etc. Însă cele mai frecvente în acest context, cele pe care le vom menţiona în continuare, aparţin categoriei angoaselor obsedante.

Anxietatea este anticiparea fricii. Ea este însoţită adesea de strategii de supraveghere a mediului şi de precauţii multiple pentru a preîntîmpina apariţia problemelor temute. Există o trăsătură anxioasă la toate persoanele fobice: cu cît fobia este mai intensă şi cu cît obiectul ei este omniprezent, cu atît obsesiile anxioase vor fi mai numeroase. Ele sînt, de exemplu, maximale în fobia socială (imposibil de evitat toate contactele sociale) sau în tulburarea de panică (imposibil de prevăzut o indispoziţie), dar moderate în fobiile de animale sau de înălţimi, întrucît putem şti mai uşor că nu vom fi confruntaţi cu obiectul fricii noastre. Totuşi, se întîmplă ca obsesiile astea să devină principala problemă, chiar înaintea fricii, ca în dificultăţile despre care vom vorbi...

În aceste boli, întîlnim, într-adevăr, frici iraţionale, cu tentative de a evita confruntarea cu ele, însă şi frămîntări frecvente şi ceea ce numim „gînduri intruzive": persoana nu se poate abţine să nu se gîndească frecvent, repetitiv, la ceea ce-i provoacă teamă, chiar dacă pericolul nu este iminent. De asemenea, temerile ei sînt puternic „ambivalente" comparativ cu aprehensiunile despre care am amintit: persoana simte în acelaşi timp o frică excesivă, de exemplu, de a contracta o anumită boală, care o face să evite (să se

gîndească la asta sau să asculte poveşti care o pot face să reflecteze la asta). Şi, de asemenea, poate să simtă o mare nevoie de a se confrunta pentru a se linişti şi de a verifica, de exemplu, consultînd o enciclopedie sau un medic, în cazul fricii de boală. Spre deosebire de „adevăratele fobii", soluţia pentru frică nu este doar evitarea, ci căutarea de informaţii şi verificările urmînd mai mult sau mai puţin un ritual.

►Frica de microbi

Ceea ce neiniţiaţii numesc „fobia de microbi" se dovedeşte a fi cel mai adesea o TOC, tulburare obsesiv-compulsivă. În acest caz, comportamentele fobice, ca teama de a fi contaminat de murdărie sau de microbi, şi evitarea situaţiilor de acest fel sînt asociate cu nişte ritualuri de neutralizare a angoasei: spălatul sau verificările, ritualuri care nu există în „simplele" frici şi fobii.

În tratarea acestor „frici din TOC" va trebui, într-adevăr, să facem pacientul să se confrunte puţin cîte puţin cu ceea ce-i provoacă frică, precum atingerea obiectelor pe care le consideră murdare, adunarea lor de pe sol, punerea propriilor mîini pe jos. Dar va trebui, în acelaşi timp, să-i cerem să nu-şi îndeplinească apoi ritualurile de spălat[277]. Ceea ce va dubla efortul, şi al pacientului, şi al terapeutului...

►Frica de boală

Ne putem întreba dacă societatea noastră, atît de avidă de sănătate perfectă şi de risc zero, nu contribuie la generarea mai multor frici ca altădată în legătură cu boala[278]. Oricum ar fi, această frică reuneşte profiluri de persoane foarte diferite.

Pe de o parte, găsim adesea ipohondrii: mai mult decît de teama de a se îmbolnăvi, aceste persoane sînt stăpînite de ideea obsedantă că ele sînt deja afectate de o boală gravă, pe care medicii n-ar fi diagnosticat-o încă. Este vorba despre o tulburare apropiată de TOC. La fel ca în fobia de microbi, comportamentele sînt mai mult nişte ritualuri de verificare (să se observe, să se palpeze, să repete analize şi examene medicale, să se asigure) decît nişte veritabile evitări fobice (să nu se ducă în vizită la prieteni bolnavi în spitale). Şi întîlnim chiar mai des o atitudine ambivalenţă: fie teama de informaţii medicale, precum cele conţinute în enciclopedii, articole de ziar sau emisiunile televizate sau de radio: „Şi dacă aş afla că am cutare boală?", fie o irezistibilă atracţie pentru aceleaşi informaţii: „Trebuie neapărat să mă uit şi să aflu".

Pe de altă parte, de acest tip de frică de boală suferă persoanele cu o fobie mai clară, care se tem de boală şi evită fără echivoc tot ce o poate aminti: conversaţii despre sănătate, povestiri despre boli, emisiuni, cărţi, reviste... „Nu-mi vorbi despre asta!", le cer ele adesea apropiaţilor, cînd aceştia încep să relateze despre boală unei cunoştinţe. Ele îşi pot neglija grav starea de sănătate, de teamă să nu ajungă la doctor sau la spital. Chirurgii au uneori de-a face cu astfel de pacienţi, cu tumori într-un stadiu foarte avansat, aduşi aproape cu forţa de anturajul lor.

Tratamentul acestor frici de boală este foarte delicat, mai ales din cauza faptului că pacienţii nu sînt decît pe jumătate motivaţi să consulte un psihoterapeut. Fie pentru că sînt convinşi că vigilenţa lor este un lucru bun, fie pentru că mersul la un profesionist al sănătăţii, oricare ar fi el, pentru a vorbi despre sănătatea lor, este tocmai ceea ce îi înspăimîntă. Păcat, deoarece am făcut progrese uriaşe în materie de psihoterapie a neliniştilor legate de boală[279,280].

► Frica de moarte

O bună parte dintre fricile de boală se pot înscrie şi în cadrul unei frici obsedante de moarte. Această teamă este normală la toate fiinţele umane, constituie chiar problema lor principală: sîntem, fără îndoială, singura specie animală care ştie clar că va muri într-o zi. Este, aşadar, vital să fim în acelaşi timp în stare s-o uităm, gîndindu-ne la altceva, şi s-o acceptăm, cînd circumstanţele vieţii ne obligă să reflectăm la asta. Această gimnastică mentală dificilă nu este realizabilă pentru toată lumea...

Conform manifestării bine cunoscute a anxietăţii, anumite persoane încearcă să evite reprezentările sau ceea ce sugerează moartea. Este trăsătura fobică a răului lor: să evite să traverseze cimitirele, să privească dricurile trecînd sau să se uite în vitrinele pompelor funebre, să citească necrologurile în cotidiene, să asculte la radio melodii de cîntăreţi decedaţi etc. Dar, pe de altă parte, ele sînt obsedate la propriu de ideea că moartea le va lovi într-o zi, pe ele sau pe apropiaţii lor. Şi pot adopta atunci comportamente preventive: să

repete analizele de sănătate, să-şi protejeze în exces copiii, să recurgă la tot felul de ritualuri magice sau religioase pentru a preveni ghinionul.

Iată o frumoasă relatare a eforturilor întreprinse în cadrul unei terapii, redactată de o pacientă care suferea de o asemenea frică de moarte[281].

„Multă vreme, am vrut să nu mor. De unde venea această angoasă? Nu ştiu. Însă, încă de la vîrsta de 7-8 ani, îmi amintesc că mergeam, dimineaţa devreme, în camera părinţilor mei, ca să verific dacă erau încă în viaţă.

De-a lungul anilor, această frică de moarte am stăpînit-o mai mult sau mai puţin. Ea se axa, de exemplu, pe tot ce era negru: hainele, imaginile, chiar cerneala din ziare. Atingerea negrului era atingerea morţii. Refuzam în egală măsură să aud cuvinte legate de moarte, precum sicriu, cimitir. Dacă cineva îmi spunea «Ai o faţă de înmormîntare în dimineaţa asta», mă simţeam angoasată. Tot ceea ce, de aproape sau de departe, se referea la moarte sau genera un sentiment al morţii. Pe atunci mă descurcam, mai mult sau mai puţin, să evit confruntările directe cu tot ceea ce se apropia de fobia mea; pînă la decesul lui lady Diana, în august 1997. Tragica şi brutala dispariţie a acestei femei tinere şi împlinite m-a traumatizat. Barajul pe care-1 ridicasem oarecum pentru a face faţă fricii a cedat brutal.

Să trec pe celălalt trotuar ca să evit un magazin de pompe funebre, de acord. Dar să nu pot coborî la staţiile de metrou Pere-Lachaise sau Denfert-Rochereau din cauza cimitirului din apropiere sau să refuz să traversez o stradă unde vedeam un Mercedes negru precum cel al Dianei însemna să accept ca viaţa mea să se reducă la zero şi teama mea de moarte să mă împiedice să trăiesc.

Ca un cancer al minţii care-şi ţesea ramificaţii peste tot, angoasa utiliza toate căile posibile ca să mă sufoce. Am decis prin urmare să încep o terapie comportamentală şi cognitivă, obiectivul meu fiind, pur şi simplu, să fac în aşa fel încît să pot trăi cu frica mea.

Prima veste bună: terapeutul m-a învăţat că nu sînt o ciudăţenie şi că alte persoane suferă de aceeaşi frică. A doua veste bună: asta se tratează! Iată-mă, aşadar, încrezătoare să încep şedinţele de relaxare care-mi permit să mă concentrez şi să învăţ să-mi stăpînesc, în situaţii de urgenţă, atacurile de panică. într-o a doua fază, terapeutul meu mi-a cerut să-mi notez toate situaţiile care mă angoasau pentru ca, în ritmul meu, să mă confrunt cu ele cu ajutorul său. Am făcut deci o listă care cuprinde împrejurări ca: a bea o bere, care se numeşte o «moarte subită», sau a intra într-un cimitir.

Primul meu exerciţiu, care a necesitat cinci luni de şedinţe, a constat în a citi, cu seninătate, necrologurile din ziare. A fost o suită de etape: terapeutul a început prin a le citi, cu voce tare; apoi am îndrăznit să deschid ziarul la pagina respectivă; pe urmă am citit anunţurile cu voce tare; apoi mi-am scris numele pe pagină; în final am aruncat ziarul... La fiecare etapă depăşită, îmi dădeam seama, în zilele care urmau, că nu se petrecea nimic grav. Că a vorbi despre moarte n-o aducea mai devreme. Că puteam scrie «voi muri» fără să mor.

Ulterior, pe scara experienţelor forte, a fost vizita la cimitir, cu terapeutul meu. Mă revăd lîngă gardul cimitirului din Montparnasse într-o zi de iarnă. Nu privesc nimic, nu un mormînt, nu un nume, refuz să părăsesc marile alei de spaimă că, trecînd prin cele mici, voi atinge uşor un mormînt. A doua oară, am reuşit să mă opresc în faţa cavourilor şi să descifrez, cu voce tare, numele şi datele. Cînd terapeutul meu mi-a cerut să îndepărtez frunzele moarte de pe un mormînt, primul impuls a fost să refuz. Desigur, m-am conformat pînă la urmă. Mai întîi luînd frunzele una cîte una, fără să ating piatra. Apoi cu ambele mîini.

Însă adevărata conştientizare mi-au produs-o, fără îndoială, oamenii pe care i-am observat în cimitir: cei care-l traversau ca să meargă la muncă sau care aduceau flori pe un mormînt, mămicile care-şi plimbau copilul într-un cărucior, doi adolescenţi pe punctul de a mînca un sandvici pe o bancă... Viaţa şi moartea amestecate. Am descoperit vorbind cu prietenii mei că, pentru mulţi, cimitirele sînt adesea locuri liniştitoare, agreabile, unde ne putem reîncărca bateriile.

În prezent, după trei ani de terapie, pot spune că mi-am învins frica. Îmblînzirea morţii m-a ajutat să profit mai bine de viaţă, Înainte, mă frămînta trecutul şi mă îngrijora viitorul - nu mai aveam loc pentru

prezent. La ora actuală, am înţeles că trebuia să mă relaxez ca să accept inacceptabilul: am venit pe lume ca s-o părăsesc într-o zi."

Iată cum nişte terapii aduc uneori nu doar o stare de bine, ci şi înţelepciune. Corneille este cel care amintea în Cidul: „Cine nu se teme de moarte nu se teme de ameninţări"...

► **Dismorfofobia sau teama de a avea un defect fizic**

Din grecescul dys, „strîmb" şi morphos, „aspect", acest termen desemnează preocupările excesive pentru aspectul fizic la pacienţii convinşi, cel mai adesea în mod eronat, că au un defect fizic. Uneori, aceste preocupări se referă la convingerea că degajă un miros neplăcut.

Persoanele care suferă de dismorfofobie sînt obsedate de urîţenia sau aspectul lor dizgraţios, ambele imaginare. Ele petrec mult timp încercînd să camufleze defectele fizice pe care şi le atribuie: prin machiaj, coafură, o alegere complexă de haine menite să provoace iluzii. Pot recurge în public la manevre destul de complicate pentru a se aşeza la o masă astfel încît să-şi scoată în evidenţă profilul care-i avantajează. De-a lungul zilei, aceşti pacienţi, îngrijoraţi de aspectul lor fizic, se verifică îndelung în oglinzi şi în toate suprafeţele reflectorizante, ca vitrinele. Uneori, îşi detestă atît de mult imaginea, încît nu suportă nici o fotografie şi nici o oglindă acasă. Evită să se privească atunci cînd merg la coafor şi pleacă. Şi în dismorfofobie există, desigur, multe evitări, în funcţie de complexele simţite: să nu poarte haine mulate, sau un costum de baie, să nu-şi arate nici odată goliciunea sau să nu aibă raporturi sexuale decît în întuneric, să nu iasă nemachiate în cazul femeilor.

De exemplu, Louis, unul dintre pacienţii mei, nu avea nici o oglindă la el, nu se aşeza nici odată în faţa unei vitrine, nici în faţa oglinzilor la restaurant. Nu-şi cumpăra hainele decît prin corespondenţă, pentru a evita penibilele şedinţe de probă în faţa oglinzilor, nu se lăsa nici odată fotografiat, nici filmat. Îşi detesta aspectul fizic, mai ales chipul, pe care-l considera respingător (era, evident, fals), şi picioarele, care i se păreau prea scurte şi crăcănate. Singurele momente în care se privea erau atunci cînd era deprimat: dar doar ca să-şi facă rău, pentru că, ore întregi, îşi contempla morocănos „oribilul" aspect fizic. Fireşte, este total inutil să încercăm să liniştim aceşti pacienţi în privinţa caracterului acceptabil al aspectului lor fizic: nu obţinem rezultate. În prezent, îi tratăm prin tehnici comportamentale, cu un dublu obiectiv în primă fază: pe de o parte, să-i facem mai toleranţi cu presupusa lor urîţenie, iar pe de altă parte, să-i convingem să-şi reia un mod de viaţă normal[282]. Odată depăşită această etapă, încercăm, puţin cîte puţin, să-i împăcăm cu adevărat cu ei înşişi. Şi asta pentru că, dincolo de problemele pe care le au cu aspectul lor corporal, ei sînt frecvent preocupaţi de stima de sine. În cazul lui Louis, l-am expus mai multe şedinţe propriei sale imagini într-o oglindă mare. Apoi i-am cerut să se ducă la piscina apropiată de domiciliul lui şi să nu procedeze ca altădată: în loc să renunţe la prosop înainte de a se arunca grăbit în apă, i-am zis să facă turul bazinului îmbrăcat doar în costumul de baie. A participat apoi la o terapie de grup despre stima de sine, organizată de două dintre colegele mele psiholog. După doi ani de aceste diverse şedinţe terapeutice, Louis trăia în cea mai bună înţelegere cu el însuşi. După cum îmi spunea atunci: „Nu mă ador, însă mă suport. Deja nu-i aşa rău..."

În cazurile cele mai severe sau ale celor mai puţin capabili să recurgă la terapie, li se prescrie un antidepresiv serotoninergic care, adesea, calmează şi reglează emoţiile negative legate de imaginea de sine. Cîteva studii controlate le-au confirmat eficacitatea[283].

► **Frica de a comite un act impulsiv**

Aceste frici au adesea o sursă de mare confuzie. La persoanele în cauză ele constau în teama obsedantă de a comite, brutal, fără să se controleze, un act contrar propriilor convingeri, valori, sentimente; pentru o mamă, de exemplu, să-şi arunce bebeluşul pe fereastră sau pe jos; să înjunghie un apropiat cu un cuţit de bucătărie observat în sertar; să insulte pe cineva care nu merită şi pe care-l iubeşte sau îl respectă...

Aceste frici de pierdere a controlului de sine, numite încă „fobii de impuls", sînt foarte frecvente în cadrul TOC.

Dar ele apar uneori şi în mod izolat la orice fiinţă umană şi sînt, în general, declanşate de un amestec de oboseală şi circumstanţe favorizante: trecem pe lîngă o fereastră cu un bebeluş în braţe, vedem un apropiat întorcîndu-ne spatele în timp ce ţinem un cuţit mare de bucătărie pentru tăiat friptura...

Evident, fie că apar în cadrul TOC, fie trecător, aceste frici nu se transformă nici odată în realitate. Ele rămîn întotdeauna la stadiul de impulsuri, cu atît mai absurde, cu cît sînt ilogice: ideea de a aplica o lovitură de cuţit partenerului cu care tocmai ne-am certat ţinînd un cuţit în mînă ilustrează o anumită „logică", însă, evident, nu este recomandabilă. Aceste gînduri agresive sînt, aşadar, mai puţin destabilizante în contextul unui conflict, chiar dacă ele sînt disproporţionate, decît dacă ar apărea în timp ce partenerul dumneavoastră tocmai v-a dat un pupic în trecere şi totul merge bine între voi...

Sînt disponibile puţine date despre tratamentul acestor fobii de impuls. Se acceptă ideea că, la un moment dat, persoana respectivă trebuie să fie de acord să se expună situaţiilor de care se teme: să mînuiască un cuţit în prezenţa cuiva pe care-1 iubeşte, pentru a verifica faptul că, în ciuda ideilor nebuneşti care îi vin în minte, nu-l va înjunghia. Sau să stea alături de o persoană aplecată în gol: şi în acest caz, cu toate că se imaginează împingînd persoana respectivă în gol, n-o va face. Cel puţin de asta sînt convinşi terapeuţii. Nu din tendinţa de a-şi asuma riscuri, ci, pur şi simplu, pentru că nici odată, în experienţa psihanaliştilor, n-am văzut să se dea curs unor asemenea fobii de impuls...

Acest tip de fobii sînt, de altfel, o bună ocazie de a reaminti că, în faţa adevăratelor pericole şi ameninţări, există în cele din urmă puţine diferenţe de comportament între fobici şi non-fobici. Contrar a ceea ce cred, fobicii se pot comporta normal, şi chiar curajos, în faţa unei probleme reale şi actuale. Doar în faţa posibilităţii pericolului sînt în mod clar mai puţin performanţi...

Putem trage concluzii despre frici şi fobii?

Dacă sînteţi telofob[1] , din grecescul telos, scop ultim, iată pasajul cel mai dificil al acestei cărţi...

La capătul acestui scurt periplu prin lumea fricilor, nu vom face niciun „elogiu al fobiei". Dacă fricile normale au o virtute adaptativă, pentru individ, ca şi pentru specie, fricile excesive n-au niciuna. Ele reprezintă o suferinţă şi un inconvenient pentru persoanele care sînt victimele acestei stări. Considerate mult timp ca nişte tulburări benigne şi anecdotice, ele sînt, dimpotrivă, frecvente şi handicapante, cum au arătat-o cele mai recente lucrări.

Descrierile destul de precise ale diferitelor tipuri de frici excesive, ale manifestărilor şi tratamentelor lor, pe care le-aţi descoperit în această carte, nu trebuie totuşi să vă facă să uitaţi că pacienţii fobici nu sînt numai purtători ai simptomelor, dar şi fiinţe umane care suferă, care au un trecut marcat de teamă. Dacă vindecarea trece obligatoriu prin dispariţia simptomelor de frică, emoţionale, psihologice, comportamentale, ea va duce în egală măsură la noi moduri de viaţă şi de a percepe lumea. Rolul terapeuţilor este şi de a-şi ajuta pacienţii să se adapteze la aceste noi echilibre, pentru că fricile excesive induc un ansamblu de obiceiuri rele, care nu este întotdeauna uşor de abandonat... Terapiile, chiar riguros conduse şi efectuate, sînt tot întîlniri între persoane, în care operează o alchimie relaţională complexă. Însă această alianţă terapeutică nu va da rezultatele scontate dacă terapia nu se sprijină pe baze ştiinţifice solide, a căror eficacitate trebuie să fie evaluată în mod regulat.

Cunoştinţele despre frici au progresat mult în aceşti ultimi ani. Totuşi, vor fi necesare alte numeroase studii pentru a aduce la lumină ansamblul structurii lor. Însă lucrările nu trebuie să se refere doar la fricile constituite. Trebuie, de exemplu, să ne ajutăm mai bine copiii cu o vulnerabilitate fobică ridicată să nu dezvolte această patologie. Trebuie şi să înţelegem mai bine ce caută şi simt persoanele care privesc filme de groază sau cele care urcă în montagne russe ori în trenul fantomă la bîlciuri. Fără îndoială, încearcă plăcerea de a stăpîni o teamă controlată şi limitată. Oare aceste imunizări sînt indispensabile epocii noastre obsedate de zero risc? Ca tot atîtea verificări ale faptului că sistemul acesta bun şi bătrîn de avertizare care este frica rămîne în stare de funcţionare... Am învăţa în egală măsură multe lucruri despre frică studiind psihologia „filicilor"[2]: persoanele care cresc tarantule în dormitorul lor, cele care escaladează fără reţineri stîncile sau fac sărituri cu coarda elastică nu au puncte comune cu arahnofobii sau acrofobii? Ele prezintă, fără îndoială, aceeaşi activare emoţională în faţa anumitor stimuli, dar optează pentru strategii diferite: confruntare mai

[1] Persoană care urăşte imperfecţiunea (n.t.).

[2] Termen din greacă, însemnând „persoană iubitoare de" (n.t.).

mult decît evitare, stăpînire mai mult decît renunţare... Dacă vom înţelege mai bine toate astea, de fapt, ne va ajuta, fără îndoială, să tratăm fricile excesive şi fobiile.

Concluzie

„Curaj, n-am deloc, dar acţionez ca şi cum aş avea, ceea ce înseamnă poate acelaşi lucru."
Gustave FLAUBERT

Atunci cînd vorbim despre frică, ştim şi că vom vorbi despre curaj, una dintre virtuţile unanim admirate, în toate locurile şi în toate timpurile.

Oare dacă ne este frică înseamnă că ne lipseşte curajul?

Cred că teoria aceasta este adesea falsă. În orice caz, sînt convins că doar în faţa „muşcăturii" fricii putem da dovadă de curaj. De aceea îmi stimez pacienţii, toate aceste persoane cărora le era foarte frică şi ale căror poveşti le-aţi citit în această carte. Ele se luptă împotriva unui inamic interior, invizibil, ascuns în sinea lor şi deci capabil mai mult decît orice altceva să le înspăimînte, să le convingă că o simplă iluzie reprezintă de fapt realitatea. În plus, lupta lor este tenebroasă: cine vede acest inamic în afara lor? Cine simte teama aceasta? Prin urmare, da, aşa cum spun filosofii, a da dovadă de curaj înseamnă să acţionezi împotriva fricii: da, toţi aceşti pacienţi sînt curajoşi[284].

Acest curaj le permite să trăiască deci această clipă, care este, cu adevărat, unul dintre momentele de graţie ale psihoterapiei: cel în care simt că încep din nou să progreseze. În care încetează să dea înapoi sau să stagneze în faţa fricii. Clipa în care obţin prima victorie: de data asta, în sfîrşit, nu ei, ci frica este cea care a dat înapoi, epuizată de rezistenţa lor. Ea va reveni, însă ei vor rezista din nou. Începînd din acest moment, evoluţia bolii lor devine progredientă, cum spuneau filosofii Antichităţii[285]: devin la rîndul lor oameni care progresează, pentru care cotidianul este un teren de exerciţii, pentru care viaţa redevine acest loc în care învăţăm şi în care ne îmbogăţim. Şi încetează să mai fie această succesiune tristă de precauţii, de renunţări, de sustrageri. Începînd din acest moment, totul se schimbă: de-acum, putem încheia pacea cu fricile noastre. Putem chiar să păstrăm relaţiile cu ele, să le ascultăm, de ce nu? Întrucît nu mai trebuie să ne supunem lor...

Şi apoi? Ce se întîmplă odată ce i-am vindecat de fricile lor excesive? Atunci e sfîrşitul poveştii pentru terapeut. Şi începutul alteia, mult mai interesantă chiar, pentru pacientul său. Fiindcă a lupta împotriva fricilor înseamnă, în realitate, a lupta pentru propria libertate. Şi e la latitudinea fiecăruia să procedeze cum va dori cu această libertate de mişcări şi gîndire recucerită. Totul este posibil, aşadar, pentru că, aşa cum remarca Montesquieu: „Libertatea este bunul care ne îngăduie să ne bucurăm de alte bunuri..."

Anexe

Cărţi şi site-uri pentru a afla mai multe

► Cărţi despre diferitele tipuri de frici şi fobii

Frici şi fobii specifice

Marie-Claude DENTAN, Vaincre sa peur en avion, Denoël, 1997.

Francoise SIMPERE, Vaincre sa peur de l'eau, Marabout, 1998.

Roger ZUMBRUNNEN, Pas de panique au volant, „Guide pour s'aider soi-même", Odile Jacob, 2000.

Roger ZUMBRUNNEN şi Jean FOUACE, Comment vaincre la peur de l'eau et apprendre a nager, Editions de l'Homme, 1999.

Frici sociale

Christophe ANDRE şi Patrick LÉGERON, La Peur des autres. Trac, timidite et phobie sociale, Odile Jacob, 2000.

Laurent CHNEIWEISS şi Eric TANNEAU, Maîtriser son trac, „Guide pour s'aider soi-même", Odile Jacob, 2003. Charly CTJNGI, Savoir s'affirmer, Retz, 1996.

Frederic FANGET, Affirmez-vous!, „Guide pour s'aider soi-meme", Odile Jacob, 2000.

Frederic FANGET, Oser. Therapie de la confiance en soi, Odile Jacob, 2003.

Gerard MAQUERON şi Stephane ROY: La Timidite. Comment la surmonter, „Guide pour s'aider soi-même", Odile Jacob, 2004.

Frici de indispoziţii, tulburare de panică şi agorafobie

Jean-Luc EMERY, Surmontez vos peurs. Vaincre le trouble panique et l'agoraphobie, „Guide pour s'aider soi-même", Odile Jacob, 2000. Andre MARCHAND şi Andree LETARTE, La Peur d'avoir peur, Stanki, 1993.

Franck PEYRE, Faire face aux paniques, Retz, 2002.

Nelinişti obsedante şi TOC (tulburare obsesiv-compulsivă)

Jean COTTRAUX, Les Ennemis interieurs, Odile Jacob, 2000. Franck LAMAGNERE, Peurs, manies et idees fixes, Retz, 1994. AJain SAUTERAUD, Je ne peux pas m 'arreter de laver, verifier, compter. Mieux vivre avec un TOC, „Guide pour s'aider soi-meme", Odile Jacob, 2000.

Nelinişti generalizate

Robert LADOUCEUR, Arretez de vous faire du souci pour tout et pour rien, Odile Jacob, 2003.

Evelyne MOLLARD, La Peur de tout, Odile Jacob, 2003. Dominique SERVANT, Soigner le stress et l 'anxiete par soi-meme, „Guide pour s'aider soi-meme", Odile Jacob, 2003.

Toate fricile şi fobiile la un loc

Gerard APFELDORFER, Pas de panique!, Hachette, 1986. Richard STERN, Maîtriser ses phobies, Marabout, 2000.

Frici şi fobii la copii

Stephen GARBER, Les Peurs de votre enfant, Odile Jacob, 2000.

►Cărţi despre meditaţie şi relaxare

Charly CUNGI şi Serge LIMOUSIN, Savoir se relaxer, Retz, 2003.

TCHICH NHAT HANH, Le Miracle de la pleine conscience. Manuel pratique de meditation, L'Espace Bleu, 1994.

Cărţi despre mecanismele aflate la originea fricilor şi fobiilor

Elaine ARON, Ces gens qui ont peur d'avoir peur, Editions de l'Homme, 1999.

Joseph LEDOUX, Neurobiologie de la personnalité, Odile Jacob, 2004.

►Site-uri internet

AFTA: Association francaise des troubles anxieux/Asociaţia Franceză a Tulburărilor Anxioase

Societate savantă care grupează cîţiva specialişti în tulburări anxioase şi fobice. Documente pedagogice pentru marele public. afta.anxiete.org

AFTCC: Association francaise de therapie comportementale et cognitive/Asociaţia Franceză de Terapie Comportamentală şi Cognitivă Asociaţie de terapeuţi practicînd TCC, cele mai eficace metode psihologice pentru tratamentul fricilor excesive şi al fobiilor. Informaţii pentru publicul larg. aftcc.org

AFFORTHECC: Association Francophone pour la Formation et la Recherche en Therapie Comportementale et Cognitive/Asociaţia Francofonă pentru Formare şi Cercetare în Terapia Comportamentală şi Cognitivă Altă asociaţie ştiinţifică de practicieni în TCC, cu aceleaşi obiective. www.afforthecc.org

MEDIAGORA

Asociaţie de pacienţi care oferă informaţii utile persoanelor care suferă de tulburare de panică, agorafobie sau fobie socială. mediagora.free.fr

ALAPHOBIE

Site care propune informaţii şi activităţi de dezvoltare personală persoanelor fobice izolate. alaphobie.com

ATAQ: Association des troubles anxieux du Quebec/Asociaţia Tulburărilor Anxioase din Quebec

Asociaţie din Qudbec de pacienţi şi profesionişti, care oferă informaţii despre toate tulburările anxioase. ataq.org

Phobies Zero/Fobii Zero

Asociaţie din Quebec de pacienţi, care oferă informaţii despre fobii, phobies-zero.qc.ca

AFTOC: Association francaise des troubles obsessionnels-compulsifs/Asociaţia Franceză de Tulburări Obsesiv-Compulsive

Asociaţie de pacienţi care oferă informaţii utile persoanelor ce suferă de TOC sau apropiaţilor lor.

perso. club - internet. fr/aftoc

ADAA: Anxiety Disorders Association of America/Asociaţia Tulburărilor Anxioase din America

Asociaţie americană de pacienţi care suferă de fobii şi alte tulburări anxioase. Numeroase informaţii, dar, evident, în engleză.

adaa.org

Exerciţii de relaxare şi meditaţie pentru persoanele care suferă de frici excesive sau de fobii

Relaxarea şi meditaţia sînt instrumente bune pentru vindecarea propriilor frici. Dar doar simpla lor utilizare nu va fi îndeajuns: pentru a vă ajuta să vă eliberaţi de frici, ele trebuie asociate cu eforturile de confruntare cu situaţiile fobogene şi cu reculul psihologic pe care le-am menţionat pe parcursul acestei cărţi. Însă ele vă vor permite, în schimb, să exercitaţi aceste eforturi cu mai multă uşurinţă.

Relaxarea şi meditaţia, cel puţin la început, nu vor împiedica apariţia fricilor, nici nu vor avea puterea de a le face să dispară. Ele nu sînt nişte instrumente de tratare, ci de prevenţie. Relaxarea vă va ajuta să vă limitaţi treptat această stare de tensiune cronică, legată de anticiparea sau gîndurile obsesive, adesea inconştiente, aflate în raport cu fricile dumneavoastră. Meditaţia vă va învăţa să dezvoltaţi o relaţie mai senină cu fricile dumneavoastră, să nu mai fiţi impresionat, intimidat, înspăimîntat de ele.

Relaxarea şi meditaţia necesită o practică regulată pentru a prezenta interes. Sînt mai utile, aşadar, cîteva minute zilnic decît o jumătate de oră săptămînal. Nu aşteptaţi de la ele rezultate imediate şi spectaculoase. La început, ca în cazul tuturor proceselor de învăţare, rezultatele vor fi modeste. Apoi vor fi mai clare şi apreciabile. Dar vor exista întotdeauna zile cu şi zile fără: sînt momente în care, cu toate că ne dorim şi simţim nevoia, este dificil să ne relaxăm, să medităm, să ne liniştim. În aceste clipe, trebuie să acceptăm ceea ce e evident: nici corpul, nici mintea noastră nu sînt maşini. Prin urmare, este recomandabil să ne fixăm ca obiectiv o apropiere de calm, mai degrabă decît dorinţa de a-l atinge total. Tot aşa cum, dacă aveţi insomnii, veţi utiliza aceste demersuri nu pentru a dormi (nu putem să-i comandăm somnului), ci pentru a vă apropia de somn, sau măcar a vă depăşi insomniile în modul cel mai paşnic cu putinţă. După ce aţi utilizat relaxarea şi meditaţia pentru a vă vindeca de fricile dumneavoastră, probabil că veţi continua să recurgeţi la ele ca la nişte mijloace de a vă ameliora starea de bine zilnică în toate formele ei.

► **Exerciţiile de relaxare**

Ce este relaxarea?

Relaxarea are drept scop să inducă o stare de destindere fizică. La început, plecînd de la exerciţii voluntare reprezentînd un antrenament deliberat. Apoi în mod aproape reflex: odată pregătite, corpul şi mintea dumneavoastră vor fi capabile să se pună pe pilot automat. De fiecare dată cînd veţi începe să vă tensionaţi sau să vă crispaţi mai mult decît este nevoie, automatismele dumneavoastră vă vor aminti necesitatea de a vă reduce cu o treaptă starea de activare, fizică şi emoţională. Ideea de bază a relaxării nu este de a rămîne total calm în faţa tuturor circumstanţelor stresante ale vieţii, ci de a atinge pe cît posibil

această stare: cum să fac ce am de făcut, să înfrunt ce am de înfruntat rămînînd cît mai relaxat posibil? Există, desigur, numeroase metode de relaxare. Descriem aici o abordare derivată din cea mai veche şi mai practicată: trainingul autogen[286].

Utilitatea relaxării în faţa fricilor

În privinţa luptei împotriva fricilor excesive, relaxarea prezintă numeroase avantaje: diminuarea nivelului de tensiune corporală cronică, asociată adesea fricilor; pregătirea pentru înfruntarea anumitor situaţii ca surse de frici excesive; facilitarea recuperării emoţionale după aceea.

Modalităţi practice ale relaxării

Relaxarea se poate practica în poziţie aşezată sau culcat. Ea este facilitată de un mediu calm, prin închiderea ochilor. Însă puţin cîte puţin, este de dorit s-o practicaţi peste tot, chiar într-un autobuz sau un birou, şi cu ochii deschişi.

Veţi întrebuinţa relaxarea în trei contexte diferite:

● Relaxarea-prevenţie: mici exerciţii scurte, cu o durată de la cîteva secunde la cîteva minute. Aceste „minirelaxări" sînt destinate să vă menajeze forţele şi să vă relaxeze de-a lungul întregii zile. Ele trebuie să fie practicate în cursul vieţii cotidiene. În primul rînd, trebuie să fim instalaţi cît mai confortabil cu putinţă acolo unde ne aflăm; să respirăm calm şi adînc; să relaxăm muşchii cefei şi ai umerilor. Acest exerciţiu se face cu ochii deschişi, la un semafor dacă sînteţi la volan, între două telefoane dacă sînteţi la muncă.

● Relaxarea-pregătire: înainte de a înfrunta o situaţie care vă inspiră teamă, pentru a limita pe cît posibil intensitatea reacţiilor fizice de frică. Inutil să aşteptaţi să vă simţiţi relaxat în această circumstanţă: scopul este mai degrabă de a limita tensiunile. Şi de a vă aminti cît de important este de a nu vă agrava starea înnebunind de groază şi aruncîndu-vă în braţele panicii. Aceste exerciţii nu trebuie să fie foarte lungi: veţi simţi că la un moment dat lucrurile se „plafonează" şi că nu vă puteţi relaxa mai mult ştiind ce vă aşteaptă. Dar veţi fi pregătit deja pentru confruntare.

● Relaxarea-recuperare: după o confruntare cu fricile dumneavoastră sau după oboseala unei zile. Aceste exerciţii sînt tradiţional mai lungi ca precedentele. Ele sînt şi mai uşoare, deoarece n-au drept scop îndepărtarea fricii, ci să vă ofere o stare de confort şi relaxare. Practicate constant, ele sînt importante în egală măsură, pentru că vă ajută să aprofundaţi stăpînirea relaxării, ceea ce va fi util în faţa fricii: săptămînă după săptămînă, lună după lună, vor apărea automatisme. Nu uitaţi că este foarte probabil ca practicarea lor cu regularitate să vă modifice oarecum arhitectura cerebrală şi circuitul sinapselor implicate în declanşarea reacţiilor de frică.

Exemplu de exerciţiu de relaxare

Iată o desfăşurare simplificată de şedinţă. Nu căutaţi s-o învăţaţi pe de rost de la început, ci treptat: mintea este mai importantă ca litera! Recitiţi adesea textul, adaptaţi-l cu propriile cuvinte nevoilor dumneavoastră. Puteţi, de asemenea, să-l înregistraţi sau să utilizaţi la început anumite înregistrări vîndute de librari sau vînzătorii de materiale muzicale.

Nu uitaţi: sînt mai bune cîteva minute în fiecare zi decît o oră o dată pe săptămînă. Şi nu aşteptaţi de la aceste exerciţii să vă inducă încă de la început o stare de relaxare profundă.

Sînt aşezat(ă) confortabil, cu ochii închişi...

Încerc şi să fiu cît mai calm(ă) şi relaxat(ă) posibil...

Mă străduiesc să nu mai acord atenţie zgomotelor venite din exterior sau gîndurilor care-mi vin regulat în minte.

Las aceste zgomote exterioare, aceste gînduri să vină şi să plece din conştiinţa mea. Nu caut să le vînez, să le controlez sau să le împiedic. Nu accept nici să le urmez. Las libere aceste zgomote şi gînduri.

Este ca şi cum aş organiza o masă: fiecare este liber să intre şi să iasă, să se aşeze unde-i place.

Mă ocup doar să-mi păstrez atenţia asupra a ceea ce sînt pe punctul de a face: să las să se instaleze încet în mine o stare de relaxare.

Fac mai multe inspiraţii foarte profunde.

Îmi las respiraţia să-şi ia ritmul, calm, liniştit, lent.

Simt bine, la nivelul nasului şi gîtului, senzaţia de aer proaspăt pe care-l inspir şi de aer călduţ pe care-l expir...

Simt în egală măsură, la fiecare expiraţie, că tot corpul se mai relaxează un pic...

Ca şi cum aş expira tensiunile în afara mea...

Respiraţia mea este calmă şi liniştită...

Îmi voi examina acum întreg corpul, pentru a verifica dacă sînt cît mai relaxat(ă) cu putinţă...

Îmi simt bine picioarele: degetele mari, tălpile, partea de sus a picioarelor. Îmi simt gleznele şi pulpele, genunchii, muşchii coapselor. Îmi simt coapsele şi fesele, partea de jos a abdomenului şi întregul abdomen. Îmi simt rinichii şi spatele, pieptul...

Îmi simt bine respiraţia, liniştită. Simt că la fiecare expiraţie tot corpul mi se mai destinde un pic...

Las să mi se relaxeze bine umerii şi ceafa...

Las să mi se relaxeze bine maxilarul, obrajii, fruntea, pleoapele...

Sînt foarte calm(ă) şi relaxat(ă)...

Voi simţi acum, la nivelul braţelor, apariţia progresivă a unei senzaţii plăcute de greutate şi apăsare care se va instala puţin cîte puţin în cele două braţe ale mele...

Apoi în cele două picioare ale mele...

Pe urmă în tot corpul.

Tot corpul îmi este agreabil de greu şi apăsător...

Sînt foarte calm(ă) şi relaxat(ă)...

Voi simţi acum, în vintrele mele, la nivelul plexului solar, apariţia progresivă a unei senzaţii plăcute de căldură...

Senzaţie de căldură plăcută, care creşte la fiecare expiraţie...

Plexul solar este agreabil de plăcut...

Sînt foarte calm(ă) şi relaxat(ă)...

Atunci cînd vreau să termin exerciţiul, respir profund o dată sau de două ori, îmi întind foarte lent braţele, picioarele. După aceea deschid ochii...

► **Exerciţiile de meditaţie**

Ce este meditaţia?

Meditaţia se defineşte în mod tradiţional în Occident ca o reflecţie prelungită şi aprofundată asupra unui subiect; astfel o înţelegea Descartes, de exemplu. În prezent, definiţia meditaţiei s-a inspirat, desigur, din tradiţia orientală şi trimite la o stare aparte de conştiinţă, cumulînd calmarea fizică bazată pe postură şi respiraţie, control al atenţiei şi relaxare la nivel psihologic, detaşare şi acceptare în faţa gîndurilor şi emoţiilor negative... Pe scurt, o stare destul de complexă. Cu atît mai mult cu cît numeroasele tradiţii filosofice şi religioase au propriile modele şi-şi urmează propriile obiective în meditaţie: să se apropie de Dumnezeu, de Adevăr, de Seninătate... Vom vorbi, în principal, aici despre metoda de meditaţie cea mai utilizată în prezent în sînul comunităţii ştiinţifice în psihologie: conştientizarea prezentului sau mindfulness[287, 288].

Utilitatea meditaţiei în faţa fricilor

În cadrul luptei împotriva fricilor excesive, meditaţia este semnificativă din mai multe motive: ea ne ajută să ne obişnuim cu ideea de a simţi frica; să ne privim fricile în faţă; să ne distanţăm treptat de emoţiile negative adăugate fricii, precum frica de frică, ruşinea, furia...

Modalităţi de practicare a meditaţiei

Starea mentală vizată de meditaţia de tip „conştientizare a prezentului" se bazează pe două elemente: concentrare liniştită a atenţiei, acceptarea a ceea ce ne stăpîneşte şi ne înconjoară. Este vorba, pur şi simplu, despre „a fi acolo", cu corpul în starea de calm şi mintea în pace, fără să încercăm să gîndim, să judecăm, să „facem". Atenţie, meditaţia nu este totuşi doar o practică a minţii, ea utilizează, de asemenea, mult respiraţia şi stările corpului. De aceea se consideră că învăţarea prealabilă a unei tehnici de relaxare este de ajutor.

Iată, în general, cum ne putem antrena să medităm, prin intermediul mai multor etape mari:

● **Aşezarea.** Alegeţi o poziţie confortabilă. În mod clasic, occidentalilor li se recomandă poziţia îngenuncheată, de preferinţă cu un scăunel pentru meditaţie sau o pernuţă, strecurate sub fese. Aşezaţi-vă în faţa unei ferestre sau a unui perete, în faţa unui element asupra căruia să vă îndreptaţi atenţia: un colţ de cer, un obiect, un tablou, orice vă convine. Se meditează adesea cu ochii deschişi, pentru a se fixa atenţia asupra acestui punct.

Însă puteţi să-i închideţi din cînd în cînd. Va trebui să rămîneţi izolat(ă) pe durata exerciţiului de meditaţie: fără drumuri du-te-vino în încăpere, fără telefon dacă este posibil. Izolat(ă), dar nu rupt(ă) de lume - este inutil să căutaţi liniştea deplină sau calmul absolut în jurul dumneavoastră: aşa ceva nu există, de obicei, în societatea noastră, de aceea, a învăţa să meditaţi în mijlocul mişcării vieţii va reprezenta un foarte bun exerciţiu.

● **Respiraţie şi relaxare.** Începeţi prin a respira şi a vă relaxa, cu una sau două inspiraţii foarte adînci. Apoi lăsaţi-vă respiraţia să adopte un ritm calm. Puteţi proceda în felul acesta: număraţi de la unu la cinci inspirînd, pe urmă o mică pauză pe şase, apoi număraţi de la unu la cinci expirînd, pe urmă o mică pauză pe şase şi tot aşa... Asta pentru a induce o respiraţie liniştită. Abandonaţi după aceea număratul şi lăsaţi-vă respiraţia să continue singură. Veţi fi din nou conştient(ă) din cînd în cînd: dacă vă concentraţi din nou să vă liniştiţi ritmul respirator, meditaţia vă va fi uşurată. Raportul cu respiraţia noastră este , interesant: respiraţia este un proces natural, pe care nu-l pot împiedica, ci doar controla şi orienta în cel mai bun sens pentru mine. Este acelaşi lucru ca în cazul raportului nostru cu frica: nu putem împiedica apariţia fricii, însă îi putem modula manifestarea.

● **Acceptare:** este, fără îndoială, demersul cel mai caracteristic al formei de meditaţie pentru „conştientizarea prezentului". Este vorba despre a accepta tot ce se întîmplă, în noi sau în jurul nostru: zgomotele exterioare, venite din stradă sau din locul în care ne aflăm; nenumăratele gînduri parazite, care profită, în general, de spaţiul mental deschis de meditaţie pentru a da năvală; emoţiile negative, neliniştea, tristeţea, furia şi altele, care profită, totodată, de meditaţie pentru a reapărea... Le veţi accepta, fără a vă spune că vă împiedică meditaţia, că o fac imposibilă. Spuneţi-vă că viaţa este cea care este acolo şi că e minunat! Nu meditaţi ca să vă rupeţi sau să vă izolaţi de lume, ci pentru a fi prezent(ă) paşnic în ea. Nu meditaţi ca să nu mai simţiţi teama, ci ca să nu vă mai fie frică de teamă. Acceptaţi zgomotele care vă înconjoară şi vă agresează, dar nu le ascultaţi: ele intră pe-o ureche şi ies pe cealaltă; treptat, nu vă vor mai jena. Acceptaţi gîndurile care vă asaltează, însă nu le urmaţi: lăsaţi-le să vină şi să plece, să-şi trăiască viaţa de gînduri, vă veţi ocupa mai tîrziu de ele; cele importante vor reveni, iar cele care nu sînt esenţiale vor fi uitate. Acceptaţi emoţiile care vă chinuie din nou, dar nu vă supuneţi lor; dacă nu le „hrăniţi", ele se vor calma încet; îşi vor relua locul şi importanţa naturală fără supralicitare.

● **Menţinerea meditaţiei.** Este mai dificil la început: zgomotele din jur, gîndurile în legătură cu tot şi cu nimic, senzaţiile fizice, această mică durere a gîtului, acest stomac care chiorăie, ţiuiturile din urechi, totul vă va distrage. Luaţi-le ca pe un exerciţiu: este normal şi este util. Imaginaţi-vă că sînteţi aşezat(ă) în iarbă, ceva mai departe de o masă la ţară cu familia sau cu prietenii: auziţi zgomotele, dar nu participaţi la conversaţii. Aţi făcut alegerea de a fi prezent(ă), însă la distanţă. Nu le purtaţi pică fiindcă fac zgomot: ei sînt acolo tocmai pentru a face zgomot, vorbind şi bucurîndu-se. Din acest motiv există această veselă reuniune. Şi tocmai pentru că toate astea există meditaţia dumneavoastră are un sens. Ea n-ar avea niciunul dacă aţi fi înconjurat(ă) de o linişte şi un vid absolute. Cînd meditaţi, acceptaţi fiecare distragere şi readuceţi-vă încet conştiinţa spre starea mentală căutată: concentrat(ă) încet asupra cerului sau peretelui, lăsînd să treacă prin dumneavoastră senzaţii, gînduri, emoţii. Vă puteţi imagina şi că duceţi cu blîndeţe spre ieşirea din „biroul dumneavoastră de meditaţii" un copilaş, cu răbdare, toleranţă, în mod liniştit, fără să vă enervaţi dacă se întoarce: asta face parte din viaţă, şi este cel mai bun exerciţiu posibil pentru a vă întări seninătatea. A fi distrat(ă) de ceva nu este un eşec: e normal, constituie un episod din drum. Fiecare exerciţiu de meditaţie reprezintă un pas înainte, şi nu un scop în sine.

● **Concentrarea atenţiei şi utilizarea meditaţiei.** Meditaţia poate fi autosuficientă: menţinerea atenţiei întoarsă spre noţiunea de simplă prezenţă, de apartenenţă la viaţă şi lume. Doar „să fii acolo". Ea poate ajuta

şi la atingerea altor obiective: facilitarea rugăciunii, cugetarea la probleme importante sau lupta cu fricile. În acest caz, care ne interesează aici, meditaţia ne ajută să acceptăm ideea de frică, să privim în faţă obiectele fricilor noastre, să ne imaginăm fără să înnebunim cele mai rele dintre scenariile noastre catastrofă: „Nu vreau să se întîmple asta, dar nu frica mea o va împiedica să se întîmple. Acţiunile şi deciziile mele o vor face. Dacă mi-e frică de muşcătură, trebuie să accept să mă văd muşcat. Dacă mi-e frică de cădere, trebuie să accept să mă văd căzînd. Dacă mi-e frică de moarte, trebuie să accept să-mi văd moartea. Dacă mi-e frică de umilire, trebuie să accept să mă văd umilit. Apoi, odată ideea acceptată, voi acţiona pentru ca lucrul să nu se întîmple dacă nu vreau. Sau să mă găsească senin(ă) şi puternic(ă) atunci cînd va apărea. Însă acţiunea mea va fi mai eficace dacă sînt senin(ă) în faţa celei mai rele posibilităţi decît dacă sînt sub controlul total al emoţiilor mele".

● **Sfîrşitul exerciţiului.** Aproape toţi cei care meditează întrebuinţează un anumit număr de ritualuri pentru a-şi începe exerciţiul: să se aşeze adesea în acelaşi loc, să se concentreze pe aceleaşi lucruri, să repete anumite fraze sau cuvinte ca pentru a-şi legăna şi relaxa mintea. De asemenea, au adesea un mic gest sau o mică frază de concluzie: să se încline ducînd o mînă la inimă sau împreunîndu-şi palmele. Alegerea va fi a dumneavoastră. Ideea de bază este să manifestaţi respect faţă de dumneavoastră şi exerciţiul pe care tocmai l-aţi efectuat. Chiar în zilele în care vă este rău, încercaţi să respectaţi acest ciclu complet pe care tocmai l-am descris: dacă el nu vă aduce nimic clar într-o zi, pregătiţi-vă mai bine pentru dăţile următoare.

Note bibliografice

Capitolul 1: Frici normale şi frici patologice

1. Curtis G.C. et al., „Specific fears and phobias", Psychological Medicine, 1998,173: 212-217.
2. Kessler R.C. et al., „Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey", Archives of General Psychiatry, 1994,51:8-19.
3. Stein D.J. (ed.)., „Clinical manual of anxiety disorders", Arlington, American Psychiatric Publishing, 2004.
4. Crompton G.K. et al., „Maladies du systeme respiratoire", în Haslet C. et al.: Davidson. Medecine interne, principes et pratique, Maloine, Paris, 2000, pp. 326-335.
5. McLean, P.D., Guyot R., Les Trois Cerveaux de l'homme, Laffont, Paris, 1990.

Capitolul 2: De unde vin fricile şi fobiile?

6. Van Rillaer J., Psychologie de la vie quotidienne, Odile Jacob, Paris, 2003.
7. Van Rillaer J,, „Une legende moderne: «les comportementalistes ne traitent que les symptomes»," Journal de therapie comportementale et cognitive, 2004, 14: 3-7.
8. Grunbaum A., Les Fondements de la psychanalyse. Une critique philosophique, PUF, Paris, 1996.
9. Laplanche J., Pontalis J.B., Vocabulaire de la psychanalyse, PUF, Paris, 1976.
10. Gelineau E., Des peurs maladives ou phobies, Societă d'Editions scientifiques, Paris, 1894.
11. Birraux A., Les Phobies, PUF, Paris, 1995.
12. Gorwood P,, „Lanxiete est-elle hereditaire?", L'Encephale, 24,1998: 252-255.
13. Craske M.G., „Disposition to fear and anxiety: negative affectivity", în Craske M.G.: Origins of phobias and anxiety disorders, Elsevier, Oxford, 2003, pp. 33-50.
14. Friez B.M. et al., „Diabete sucre, troubles nutritionnels et metaboliques", în Haslet C. et al.: Davidson. Medecine interne, principes et pratique, Maloine, Paris, 2000, pp. 472-509.
15. Huizink A. et al., „Prenatal stress and risk for psychopathology: specific effects or induction of general susceptibility?", Psychological Bulletin, 2004, 130(1): 115-142.
16. Berthenthal B.I. et al., „A re-examination of fear and its determinants on the visual cliff", Psychophysiology, 1984, 21: 413-417.
17. Poulton R. et al., „Evidence for a non-associative model of the acquisition of the fear of heights", Behaviour Research and Therapy, 1998, 36: 537-544.

18. Poulton R. et al., „Low fear in childhood is associated with sporting prowess in adolescence and young adulthood", Behaviour Research and Therapy, 2004, 40: 1191-1197.

19. Muris P. et al., „How serious are common chidhood fears?" Behaviour Research and Therapy, 2000, 38: 217-228.

20. Brewin C.R. et al., „Psychopathology and early experience: a reappraisal of retrospective reports", Psychological Bulletin, 1993, 113: 82-98.

21. Muris P. et al., „Children's nighttime fears: parent-child ratings of frequency, contents, origins, coping behaviors and severity", Behaviour Research and Therapy, 2001, 39: 13-28.

22. Antony M.M. et al., „Heterogeneity among specifics phobias types in DSM-IV", Behaviour Research and Therapy, 1997, 35:1089-1100.

23. Marks I., „Phobias and obsessions. Clinical phenomena in search of laboratory models", în J.D. Maser şi M.E.P. Seligman (ed.), Psychopathology: Experimental Models, Freeman, San Francisco, 1977.

24. Seligman M., „Phobias and preparedness", Behavior Therapy, 1971, 2: 307-320.

25. Cook M. et al., „Selective associations in the origins of phobic fears and their implications for behavior therapy", în P. Martin (ed.), Handbook of Behavior Therapy and Psychological Science, Pergamon Press, New York, 1991.

26. Tomarken A.J. et al., „Fear relevant selective associations and covariations bias", Journal of Abnormal Psychology, 1989, 98: 381-394.

27. Kendler K.S. et al., „The genetic epidemiology of phobias in women", Archives of General Psychiatry, 1992, 49: 273-281.

28. Andrews G. et al., „The prevention of mental disorders in young people", Medical Journal of Australia, 2002, 177: S97-S100.

29. Suomi S.J., „Early determinants of behaviour: evidence from primates studies", British Medical Bulletin, 1997, 53: 170-1784.

30. Brush F.R. et al., „Genetic selection for avoidance behaviour in the rat", Behavioural Genetic, 1979, 9: 309-316.

31. Kagan J. et al., „Temperamental factors in human development", American Psychologist, 1991, 46: 856-886.

32. Rosenbaum J.F. et. al., „Behavioral inhibition in children: a possible precursor to panic disorder or social phobia", Journal of Clinical Psychiatry, 1991, 52: 5-9.

33. Aron E., Cesgens qui ontpeur d'avoir peur, Le Jour, Montreal, 1999.

34. Rachman S..J., „Fear and courage among military bomb disposal operators", Advancesin Behaviour Research and Therapy, 1983, 4: 99-165.

35. Reiss S. et al., „Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness", Behaviour Research and Therapy, 1986, 24: 1-8.

36. Maller R.G. et al., „Anxiety sensitivity in 1984 and risk of panic attacks in 1987", Journal of Anxiety Disorders, 1992, 6: 241-247.

37. Descartes R„ Les Passions de l'âme, Paris, Flammarion, 1996.

38. Davey G..C.L., „A conditioning model of phobias", în Phobias, a Handbook ofTheory, Research and Treatment, Wiley, Chichester, 1997.

39. Bouwer C. et al., ‚Association of panic disorder with a history of traumatic suffocation", American Journal of Psychiatry, 1997, 154: 1566-1570.

40. Citat în LeDoux J., The Emotional Brain, Simon and Schuster, New York, 1996.

41. Block R.I. et al., „Effects of a subanesthetic concentration of nitrous oxide on establishment, elicitation, and semantic and phonemic elicitation of classically conditioned skin conductance responses", Pharmacology, Biochemistry and Behaviour, 1987, 28: 7-14.

42. Pope H.G. et al., „Can memories of childhood sexual abuse be repressed?", Psychological Medicine, 1995, 25: 121-126.

43. Van Rillaer J., Peurs, angoisses et phobies, Bernet-Danilo, Paris, 1997.
44. De Jong P.J. et al., „Spider phobia in children", Behaviour Research and Therapy, 1997, 35: 559-562.
45. Muris P. et al., „The role of parental fearfulness and modeling in children's fear", Behaviour Research and Therapy, 1996,34: 265-268.
46. Field A.P. et al., „Who's affraid of the big bad wolf: a prospective paradigm to test Rachman's indirect pathways in children", Behaviour Research and Therapy, 2001, 39: 1259-1276.
47. Muris P. et al., „Fear of the beast: a prospective study on the effects of negative information on childhood fear", Behaviour Research and Therapy, 2004, 41: 195-208.
48. Field A.P. et al., „Fear information and the development of fears during childhood: effects on implicit fear responses and behavioural avoidance", Behaviour Research and Therapy, 2003,41:1277-1293.
49. Belmont N., Comment on faitpeur aux enfants, Mercure de France, Paris, 1999.
50. Carbone C., La Peur du loup, Gallimard, Paris, 1991.
51. Craske M.G., Origins of Phobias and Anxiety Disorders: Why more Women than Men?, Elsevier, Oxford, 2003.
52. McGuire M., Troisi A., Darwinian Psychiatry, Oxford University Press, Oxford, 1998.
53. Weinberg M.K. et al., „Gender differences in emoţional expressivity and self-regulation during infancy", Developmental Psychology, 1999, 35: 175-188.
54. Brody L.R., Hali J.A., „Gender and emotion", în M. Lewis şi J.M. Havilland, Handbook ofEmotions, Guilford Press, New York, 1993, pp. 447-460.
55. Kerr M. et al., „Stability of inhibition in a swedish longitudinal sample", Child Development, 1994, 65: 138-146.
56. Tronick E.Z., Cohn J.F., „Infant-mother face-to-face interaction: age and gender differences in coordination and occurrence of miscoordination", Child Development, 1989, 60: 85-92.
57. McClure E.B., ‚A meta-analytic review of sex-differences in facial expression processing and their development in infants, children and adolescents", Psychological Bulletin, 2000, 3: 424-453.
58. Lindgren A., Fifi Brindacier, Hachette, Paris, 2001.
59. Chambless D.L., Mason J., „Sex, sex-role stereotyping and agoraphobia", Behaviour Research and Therapy, 1986,24: 231-235.
60. Arrindell W.A. et al., „Masculinity-femininity as a naţional characteristic and its relationship with naţional agoraphobic fear level”, Behaviour Research and Therapy, 2003, 41: 795-807.

Capitolul 3: Mecanismele fricHor şi fobiilor

61. Koster E.H.W. et al., „The paradoxical effects of suppressing anxious thoughts during imminent threat", Behaviour Research and Therapy, 2003, 41: 1113-1120.
62. Feldner M.T. et al., „Emoţional avoidance: an experimental test of individual differences and response suppression using biological challenge", Behaviour Research and Therapy, 2003, 41: 403-411.
63. Rodriguez B.I. et al., „Does distraction interfere with fear reduction during exposure?", Behavior Therapy, 1995, 26: 337-349.
64. Johnstone K.A., Page A.C., „Attention to phobic stimuli during exposure: the effect of distraction on anxiety reduction, self-efficacy and perceived control", Behaviour Research and Therapy, 2004,42: 249-275.
65. Öhman A. et al., „Unconscious anxiety: phobic responses to masked stimuli", Journal of Abnormal Psychology, 1994,103: 231-240.
66. Wells A. et al., „Social phobia: a cognitive approach", în Phobias, a Handbook of Theory, Research and Treatment, Davey G.C.L., Wiley, Chichester, 1997.
67. Tolin D.F. et al., „Visual avoidance in specific phobia", Behaviour Research and Therapy, 1999, 37: 63-70.
68. Thorpe S.J. et al., „Selective attention to real phobic and safety stimulus", Behaviour Research and Therapy, 1998, 36: 471-481.

69. Stopa L,, Clark D.M., „Social phobia and interpretation of social events", Behaviour Research and Therapy, 2000, 38: 273-283.

70. Winton E.C. et al., „Social anxiety, fear of negative evaluation and the detection of negative emotion in others", Behaviour Research and Therapy, 1995, 33: 193-196.

71. Lavy E. et al., „Selective attention evidence by pictorial and linguistic stroop tasks", Behavior Therapy, 1993, 24: 645-657.

72. Hope D.A. et al., „Social anxiety and the recall of interpersonal information", Journal of Cognitive Psychotherapy, 1990,4:185-195.

73. Muris P. et al., „The emoţional reasoning heuristic in children", Behaviour Research and Therapy, 2003, 41: 261-272.

74. Arntz A. et al., „«If I feel anxious, there must be danger»: ex-consequentia reasoning in inferring danger in anxiety disorders", Behaviour Research and Therapy, 1995, 33: 917-925.

75. Lavy E. et al., „Attentional bias and spider phobia", Behaviour Research and Therapy, 1993, 31: 17-24.

76. Rauch S.L. et al., ‚A positron emission tomographic study of simple phobic symptom provocation", Archives of General Psychiatry, 1995, 52: 20-28.

77. Stein M.B. et al., „Increased amygdala activation to angry and contemptuous faces in generalized social phobia", Archives of General Psychiatry, 2002, 59: 1027-1034.

78. Tilfors M. et al., „Cerebral blood flow in subjects with social phobia during stressfull speaking tasks: a PET study", American Journal of Psychiatry, 2001, 158: 1220-1226.

79. Williams L.M. et al., „Mapping the time course of nonconscious and conscious perception of fear: an integration of central and peripheral measures", Human Brain Mapping, 2004, 21: 64-74.

80. Furmark T. et al., „Common changes in cerebral blood flow in patients with social phobia treated with citalopram or cognitive-behavioral therapy", Archives of General Psychiatry, 59: 425-433.

81. Gorman J.M. (ed.), Fear and Anxiety: the Benefits of Translational Research, Arlington, American Psychiatric Publishing, 2004.

Capitolul 4: Cum facem faţă fricii: primele piste

82. Ellis A., Reason and Emotion in Psychotherapy, Birch Lane Press, New York, 1994.

83. De Joong P.J. et al., „Blushing may signify guilt: revealing effects of blushing in ambiguous social situations", Motivation and Emotion, 27: 225-249.

84. Süskind P., Le Pigeon, Fayard, Paris, 1987.

85. Wenzel A. et al., „Autobiographical memories of anxiety-related experiences", Behaviour Research and Therapy, 2004, 42: 329-341.

86. Lang A.J. et al., „Fear-related state dependant memory", Cognition and Emotion, 2001,15: 695-703.

87. Janet P., Ies Nevroses, Flammarion, Paris,1909.

88. Rihmer Z., „Comorbidity between phobias and mood disorders", în M. Maj et al. (ed.)), Phobias, Wiley, Chichester, 2004.

89. Bouman T.K., „Intra- and interpersonal consequences of experimentally induced concealment", Behaviour Research and Therapy, 2003, 41: 959-968.

90. George F,, L'Effet 'Yau de poéle, Hachette, Paris, 1979.

91. Van Rillaer J., Les Illusions de la psychanalyse, Mardaga, Bruxelles, 1980, p. 217.

92. Zweig S., La Peur, Grasset, Paris, 1935.

93. DiLorenzo T.M. et al., „Long-term effects of aerobic exercise on psychological outcomes", Preventive Medicine, 1999, 28: 75-85.

94. Thayer R.E., „Raţional mood substitution: exercise more and indulge less", în R.E. Thayer, The Origin of Everyday Moods, Oxford University Press, Oxford, 1996, pp. 157-168.

95. Broman-Fulks J.J. et al., „Effects of aerobic exercise on anxiety sensitivity", Behaviour Research and Therapy, 2004, 42: 125-136.

96. Servan-Schreiber D., Guerir, Laffont, Paris, 2003.
97. Cungi C., Faire face aux dependances, Retz, Paris, 2000.
98. Venturello S. et al., „Premorbid conditions and precipitating events in early-onset panic disorder", Comprehensive Psychiatry, 2002, 43: 28-36.
99. Barlow D.H., „Biological aspects of anxiety and panic", în D.H. Barlow, Anxiety and its Disorders, Guilford Press, New York, 2002, pp. 180-218.
100. Andre C. et al., Le Stress, Privat, Toulouse, 1998.
101. Brown K.W. şi Ryan R.M., „The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being", Journal of Personality and Social Psychology, 2003, 84: 822-848.
102. Mohlman J., „Attention-training as an intervention for anxiety: review and raţionale", Behavior Therapist, 2004, 27: 37-41.
103. Goleman D., Surmonter Ies emotions destructrices, Laffont, Paris,
104. Segal Z.V., Williams J.M.G., Teasdale J.D., Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression, Guilford Press, New York, 2002.
105Toneatto T.A., „Metacognitive therapy for anxiety disorders: buddhist psychology applied”, Cognitive and Behavioral Practice, 9: 72-78.

Capitolul 5: Tot ce trebuie să ştiţi despre tratamentul fobiilor

106. INSERM, Expertise collective, Psychotherapies, trois approches evaluees, Editions Inserm, Paris, 2004.
107. Andre C., „Clinique et traitement des troubles anxieux: un etat des lieux", La Lettre des neurosciences, 2004, nr. 26: 19-21.
108. LeDoux J., Neurobiologie de la personnalite, Odile Jacob, Paris,
109. Vezi interviul neurobiologului Joseph LeDoux în revista Sciences humaines, nr. 149, mai 2004, pp. 42-45.
110. Barlow D.H. et al., „Toward a unified treatment for emoţional disorders", Behavior Therapy, 2004, 35: 205-230.
111. Goldapple K. et al., „Modulation of cortical-limbic pathways in major depression: treatment-specific effects of cognitive-behavioral therapy", Archives of General Psychiatry, 2004, 61: 34-41.
112. Nakatani E. et al., „Effects of behavior therapy on regional cerebral blood flow in obsessive-compulsive disorder", Psychiatry Research, 124: 113-120.
113. Paquette V. et al., „Change the mind and you change the brain: effects of cognitive-behavioral therapy on the neural correlates of spider phobia", Neurolmage, 2003, 18: 401-409.
114. Furmark T. et al., „Common changes in cerebral blood flow in patients with social phobia treated with citalopram or cognitive-behavioral therapy", Archives of General Psychiatry, 59: 425-433.
115. Wilhelm F.H. et al., „Acute and delayed effects of alprazolam on flights phobics during exposure", Behaviour Research and Therapy, 1997,35:831-841.
116. Kajimura N. et al., „Desactivation by benzodiazepine of the basal forebrain and amygdala in normal humans during sleep: a placebo-controlled PET study", American Journal of Psychiatry, 2004,161: 748-751.
117. Aggleton J. (ed.), The Amygdala, a Funcţional Analysis, Oxford University Press, Oxford, 2000.
118. Klein D.F., „Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes", Psychopharmacologia, 1964, 5: 387-408.
119. Millet B., Andre C., Deligne H,, Olie J.P., „Potential treatment paradigms for anxiety disorders", Expert Opinion in Investigational Drugs, 1999, 8: 1589-1598.
120. Lecrubier Y. et al., „Efficacy of St. John's wort extract in major depression: a double-blind, placebo-controlled trial", American Journal of Psychiatry, 2002,159: 1361-1366.
121. Wong A.H.C. et al., „Herbal remedies in psychiatric practice", Archives of General Psychiatry, 1998, 55: 1033-1044.

122. WORLD HEALTH ORGANIZATION, Treatment of Mental Disorders, Washington DC, American Psychiatric Press, 1993.

123. Citate de Marc Crapez în lucrarea lui: Defense du bon sens, Editions du Rocher, Paris, 2004.

124. „Woody et tout le reste", L'Express, 23 octombrie 2003, pp. 68-69.

125. Van Rillaer J., Les Therapies comportementales, Bernet-Danilo, Paris, 1995.

126. Barlow D.H. et al., „Advances in the psychosocial treatment of anxiety disorders", Archives of General Psychiatry, 1996, 53: 727-735.

127. Mavissakalian M.R., Prien R.F. (edit.), Long-Term Treatments of Anxiety Disorders, American Psychiatric Press, Washington, 1996.

128. Benesteau J., Mensonges freudiens, Mardaga, Sprimont (Belgia), Vezi şi: Mahony P„ Dora s'en va. Violence dans la psychanalyse, Les Empecheurs de penser en rond, Paris, 2001. Şi: Pollak R., Bruno Bettelheim, ou la Fabrication d'un mythe, Les Empecheurs de penser en rond, Paris, 2003.

129. Rodriguez B.I. et al., „Does distraction interfere with exposure?", Behavior Therapy, 1995, 26: 337-349.

130. Rothbaum B.O. et al., „Effectiveness of computer-generated (virtual reality) graded exposure in the treatment of acrophobia", American Journal of Psychiatry, 1995, 152: 626-628.

131. Carlin A.S. et al., „Virtual reality and tactile augmentation in the treatment of spider phobia", Behaviour Research and Therapy, 1997, 35:153-158.

132. Mühlberger A. et al., „Repeated exposure of flight phobics to flight in virtual reality", Behaviour Research and Therapy, 2001,39:1033-1050.

133. Legeron P. et al., „Therapie par realite virtuelle dans la phobie sociale: etude preliminaire aupres de 36 patients", Journal de thîrapie comportementale et cognitive, 2003,13: 13-127.

134. Anderson P. et al., „Virtual reality exposure in the treatment of social anxiety disorder", Cognitive and Behavioral Practice, 2003, 10: 240-247.

135. Cottraux}., Les Therapies cognitives, Retz, Paris, 2001.

136. Davidson P.R., Parker K.C.H., „Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): meta-analysis", Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2001, 69: 305-316.

137. De Jongh A. et al., „Treatment of specific phobias with EMDR: protocol, empirical status and conceptual issues", Journal of Anxiety Disorders, 1999,13: 69-85.

138. Teasdale J.D., „EMDR and the anxiety disorders: clinical research implications and integrated psychotherapy treatment", Journal of Anxiety Disorders, 1999,13: 35-67.

139. Freud S„ Cinq Psychanalyses, PUF, Paris, 1979.

140. Birraux A., Les Phobies, PUF, Paris, 1995.

141. Birraux A., op. cit.

142. Rey P., Une saison chez Lacan, Robert Laffont, Paris, 1989.

143. McCullough L. et al., „Assimilative integration: short-term dynamic psychotherapy for treating affect phobias", Clinical Psychology Science, 2001, 8: 82-97.

144. Raimy V.C., Training in Clinical Psychology, Prentice-Hall, New York, 1950.

145. Marks I., „Fear reduction by psychotherapies: recent findings, future directions”, British Journal of Psychiatry, 2000, 176: 507-511.

Capitolul 6: Frici şi fobii: un pic de istorie şi un portret de familie

146. Kagan K„ Des idees reţues en psychologie, Odile Jacob, Paris, 2000.

147. Montaigne, Essais, Cartea I, Capitolul XXI „De la force de l'imagination", Garnier-Flammarion, Paris, 1969.

148. Burton, R., Anatomie de la melancolie, Jose Corti, Paris, 2000.

149. Cottraux]., Mollard E., Les Phobies, perspectives nouvelles, PUF, Paris, 1986.

150. Skrabanek P., McCormick]., Idees folles, idees fausses en medecine, Odile Jacob, Paris, 1992.

151. Ribot T„ Psychologie des sentiments, Alean, Paris, 1896.

152. Freud S., Introduction a la psychanalyse, Payot, Paris, 1971.

153. Klein D.F., „Delineation oftwo drug responsive anxiety syndromes", Psychopharmacologia, 1964, 5: 397-408.

154. Wolpe J., Pratique de la therapie comportementale, Masson, Paris, 1975.

155. Marks I., Traitement et prise en charge des malades nevrotiques, Gaetan Morin, Quebec, 1985.

156. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, ed. A 4-a, Masson, Paris 1996.

Capitolul 7: Frici şi fobii „simple”: animale, avion, sînge şi apă...

157. Magee W.J. et al., „Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the National Comorbidity Survey", Archives of General Psychiatry, 1996, 53:159-168.

158. Fredrikson M. et al., „Gender and age differences in the prevalence of specific fears and phobias", Behaviour Research and Therapy, 1996, 344: 33-39.

159. Chapman T.F. et al., ‚A comparison of treated and untreated simple phobia", American Journal of Psychiatry, 1993, 150: 816-818.

160. Rachman S. et al., „Fearful distortions", Behaviour Research and Therapy, 1992, 30: 583-589.

161. Fredrikson M. et al., „Funcţional neuroanatomy of visualy elicited simple phobic fear", Psychophysiology, 1995, 32: 43-48.

162. Wessel I., Merckelbach H., „Memory threat-relevant and threat-irrelevant cues in spider phobies", Cognition and Emotion, 1998, 12: 93-104.

163. Süskind P., Le Pigeon, Fayard, Paris, 1987./Porumbelul, Humanitas, Bucureşti, 2016 (n.t.).

164. Davey G.C.L. et al., „A cross-cultural study of animal fears", Behaviour Research and Therapy, 1998, 36: 735-750.

165. Shakespeare, în Oeuvres completes, Le Marchand de Venise, Actul IV, scena 1, Gallimard, Paris 1959.

166. McNally R.J. et al., „The etiology and maintenance of severe animals phobias", Behaviour Research and Therapy, 1985, 23: 431-435.

167. Simpére, F., Vaincre la peur de l'eau, Marabout, Alleur (Belgia), 1998.

168. Rachman S.J., „Claustrophobia", în: Phobias, a Handbook ofTheory, Research and Treatment, Davey G.C.L., Wiley, Chichester 1997, pp. 163-181.

169. Melendez]., McCrank E., „Anxiety-related reactions associated with magnetic resonance examinations", Journal of the American Medical Association, 1993, 270: 745-747.

170. Aubenas F„ „Le cauchemar de Paul, claustrophobe", Liberation, 6 mai 1994.

171. Van Gerween L.J. et al., „People who seek help for fear of flying: typology of flying phobics", Behavior Therapy, 1997, 28: 237-251.

172. Schiavo M„ Flying Blind, Flying Safe, Avon Books, New York, 1997.

173. Zumbrunnen R., Pas depanique au volant, Odile Jacob, Paris, 2002.

174. Kuch K., „Accident phobia", în Phobias, a Handbook ofTheory, Research and Treatment, Davey G.C.L., Wiley, Chichester, 1997, pp. 153-162.

175. Sabouraud A., Revivre apres un choc, Odile Jacob, Paris, 2001.

176. Arrindell W.A. et al., „Dissimulation and the sex difference in self-assessed fears", Behaviour Research and Therapy, 1992, 30: 307-311.

177. Öst L.G., Hellstrom K., „Blood-injury-injection phobia", în Phobias, a Handbook of Theory, Research and Treatment, Davey G.C.L., Wiley, Chichester, 1997, pp. 63-80.

178. Poulton R. et al., „Good teeth, bad teeth and fear of the dentist", Behaviour Research and Therapy, 1997, 35: 327-334.

179. Berlin I. et al., „Phobic symptoms, particularly the fear of blood and injury, are associated with poor glycemic control in type I diabetic adults", Diabetes Care, 1997, 20: 176-478.

180. Öst L.G. et al., „Applied tension: a specific behavioral method for treatment of blood phobia", Behaviour Research and Therapy, 1987, 25: 25-29.

181. Hellstrom K. et al., „One versus five sessions of applied tension in the treatment of blood phobia", Behaviour Research and Therapy, 1996, 34: 101-112.

182. Curtis G.C. et al., „Specific fears and phobias: epidemiology and classification", British Journal of Psychiatry, 1998, 173: 212-217.

183. Fredrikson M. et al., „Gender and age differences in the prevalence of specific fears and phobias", Behaviour Research and Therapy, 1998, 26: 241-244.

184. Wald M.L., „Shark attacks: when a plane crash at sea is the least of your worries", New York Times, duminică, 2 mai, 2004, p. 5.

185. Filmul a apărut în 2004. Vezi şi romanul lui J.K. Rowling după care a fost ecranizat: Harry Potter et le Prisonnier d'Azkaban, Gallimard, Paris, 1999.

186. Informaţii pe site-ul lor: pied-dans-eau.fr. Atenţie: nu este vorba de psihoterapie, ci de stagii - plătite - de familiarizare cu apa, conduse cu multă pricepere.

187. Pantalon M.V., Lubetkin B.S., „Use and effectiveness of self-help books in the practice of cognitive-behavioral therapy", Cognitive and Behavioral Practice, 1995, 2: 213-228.

188. Gilroy L.J. et al., „Controlled comparison of computer-aided vicarious exposure versus live exposure in the treatment of spider phobia", Behavior Therapy, 2000, 31: 733-744.

189. Kenwright M., Marks I.M., „Computer-aided self-help for phobia/panic via internet at home: a pilot study", British Journal of Psychiatry, 2004,184: 448-449.

190. Öst L.G., „Long-term effects of behavior therapy for specific phobia", în Mavissakalian M.R., Prien R.F. (ed.), Long-Term Treatments of Anxiety Disorders, American Psychiatric Press, Washington DC, 1996.

191. Öst L.G., Salkovskis P.M., Hellstrom K., „One-session therapist directed exposure vs. self-exposure in the treatment of spider phobia", Behaviour Therapy, 1991; 22: 407-422.

192. Öst L.G., Hellstrom K,, Kaver A., „One versus five sessions of exposure in the treatment of injection phobia", Behavior Therapy, 1992; 22: 263-281.

193. Öst L.G., „One-session group treatment of spider phobia", Behaviour Research and Therapy, 1996; 34: 707-715.

194. Tsao J.C.I., Craske M.G., „Timing of treatment and return of fear: effects of massed, uniform-, and expanding-spaced exposure schedules", Behavior Therapy, 2000, 31: 479-498.

195. Roy S. Et al., „La therapie par realite virtuelle dans les troubles phobiques”, Journal de thîrapie comportementale et cognitive, 2003, 13: 97-100.

Capitolul 8: Frici şi fobii sociale

196. Gilbert P., Andrews B., Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology and Culture, Oxford University Press, Oxford, 1998.

197. Öhman A., „Face the beast and fear the face: animal and social fears as prototypes for evolutionary analyses of emotion", Psychophysiology, 1986, 23: 215-221.

198. Lewis, M., „Self-conscious emotions", în M. Lewis şi J.M. Havilland, ed., Handbook of Emotions, Guilford Press, New York, 1993, pp. 563-573.

199. Vezi de exemplu asociaţia 1901 „Toastmasters" cu numeroase site-uri pe internet.

200. Dictionnaire Vidal, Editions du Vidal, Paris, 2004.

201. Macqueron G., Roy S,, La Timidite: comment la surmonter, Odile Jacob, Paris, 2004.

202. Fanget F,, Affirmez-vous !, Odile Jacob, Paris, 2000.

203. George G., Vera L,, La Timidite chez l'enfant et l'adolescent, Dunod, Paris, 1999.

204. Heiser N. et al., „Shyness: relationship to social phobia and other psychiatric disorders", Behaviour Research and Therapy, 2003, 41: 209-221.

205. Pelissolo A., Andre C. et al., „Social phobia in the community: relationship between diagnostic threshold and prevalence", European Psychiatry, 2000, 15: 25-28.

206. Davidson J.R. et al., „The boundary of social phobia: exploring the threshold", Archives of General Psychiatry, 1994, 51: 975-983.

207. Wittchen H.U., Beloch E„ „The impact of social phobia on quality of life", International Clinical Psychopharmacology, 1996,11:15-23.

208. Stein M.B. et al., „Public-speaking fears in a community sample", Archives of General Psychiatry, 1996, 53: 169-174.

209. Pelissolo A., Andrî C. et al., „Personality dimensions in social phobies with or without depression", Acta Psychiatrica Scandinavica, 2002, 105: 94-103.

210. Drummond P.D. et al., „The impact of verbal feedback about blushing on social discomfort and facial blood flow during embarassing tasks", Behaviour Research and Therapy, 2003, 41: 413-425.

211. Hartemberg P., Les Timides et la timidite, Alean, Paris, 1910.

212. Mogg K. et al., „Selective orienting of attention to masked threat faces in social anxiety", Behaviour Research and Therapy, 2002, 40: 1403-1414.

213. Mogg K., Philippot P., „Selective attention to angry faces in clinical social phobia", Journal ofAbnormal Psychology, 2004,113:160-165.

214. Stein M.B. et al., „Increased amygdala activation to angry and contemptuous faces in generalized social phobia", Archives of General Psychiatry, 2002, 59: 1027-1034.

215. Bogels S.M., Bradley B.P., „The causal role of self-awareness in blushing-anxious, socially-anxious and social phobies individuals", Behaviour Research and Therapy, 2002, 40: 1367-1384.

216. Mansell W. et al., „Internai versus externai attention in social anxiety: an investigation using a novei paradigm, Behaviour Research and Therapy, 2003, 41: 555-572.

217. Hirsch C.R. et al., „Self-images play a causal role in social phobia", Behaviour Research and Therapy, 2003, 41: 909-921.

218. Cox B.J. et al., „Is self-criticism unique for depression? A comparison with social phobia", Journal of Affective Disorders, 2000, 57: 223-228.

219. Cox B.J. et al., „Self-criticism in generalized social phobia and response to cognitive-behavioral treatment", Behavior Therapy, 2002, 33: 479-491.

220. Rachman S. et al., „Post-event processing in social anxiety", Behaviour Research and Therapy, 2000, 38: 611-617.

221. Abbott M.J., Rapee R.M., „Post-event rumination and negative self-appraisal in social phobia before and after treatment", Journal of Abnormal Psychology, 2004,113: 136-144.

222. Kachin K.E. et al., „An interpersonal problem approach to the division of social phobia subtypes", Behavior Therapy, 2001, 32: 479-501.

223. Erwin B.A. et al., „Anger experience and expression in social anxiety disorder", Behavior Therapy, 2003, 34: 331-350.

224. Lincoln T.M. et al., „Effectiveness of an empirically supported treatment for social phobia in the field", Behaviour Research and Therapy, 2003, 41: 1251-1269.

225. Heimberg R.G., Becker R.E., Cognitive-Behavioral Group Therapy for Social Phobia: Basic Mechanisms and Clinical Strategies, Guilford Press, New York, 2002.

226. Wells A., Papageorgiou C., „Brief cognitive therapy for social phobia: a case series", Behaviour Research and Therapy, 2001, 39: 713-720.

227. Voncken M.J. et al., „Interpretation and judgmental biases in social phobia", Behaviour Research and Therapy, 2003, 41: 1481-1488.

228. Christensen P.N. et al., „Social anxiety and interpersonal perception: a social relations model analysis”, Behaviour Research and Therapy, 2003,41: 1355-1371.

Capitolul 9: Teama de nelinişte: crize de angoasă, panici şi agorafobie

229. Norton G.R. et al., „Factors associated with panic attacks in non clinical subjects", Behavior Therapy, 1986,17: 239-252.

230. Pollack M.H. et al., „Phenomenology of panic disorder", în D.J. Stein şi E. Hollander (ed.), Textbook of Anxiety Disorders, American Psychiatric Publishing, Washington DC, 2002, pp. 237-246.

231. Delerm P., Le Portique, Editions du Rocher, Paris, 1999.

232. Rees C.S. et al., „Medical utilisation and costs in panic disorder", Journal of Anxiety Disorders, 1998, 12: 421-435.

233. Morita S., Shinkeishitsu, Les Empecheurs de penser en rond, Paris, 1997.

234. Faravelli C. et al., „Five-years prospective naturalistic follow-up study of panic disorder", Comprehensive Psychiatry, 1995, 36: 271-277.

235. Ehlers A., ‚A one-year prospective study of panic attacks", Journal of Abnormal Psychology, 1995, 104: 164-172.

236. Leroy P., Voyage au bout de l'angoisse, Anne Carriere, Paris, 1997.

237. Weissman M.M. et al., „The cross-national epidemiology of panic disorder", Archives of General Psychiatry, 1997, 54: 305-309.

238. Maser J.D. et al., „Defining a case for psychiatric epidemiology: threshold, non-criterion symptoms and category versus spectrum", în Maj M. et al. (ed.), Phobias, World Psychiatric Association, Wiley, Chichester, 2004, pp. 85-88.

239. Brown T.A. et al., „Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample", Journal of Abnormal Psychology, 2001, 110: 179-192.

240. Candilis P.J. et al., „Quality of life in patients with panic disorder", Journal ofNervous and Mental Disease, 1999, 187: 429-434.

241. Leon A.C., Portera L., Weissman M.M., „The social cost of anxiety disorders", British Journal of Psychiatry, 1995,166: 19-22.

242. Roy-Birne P.P. et al., „Unemployment and emergency room visits predict poor treatment outcome in primary care panic disorder", Journal of Clinical Psychiatry, 2003, 64: 383-389.

243. Clark D.M., „A cognitive approach to panic", Behaviour Research and Therapy, 1986, 24: 461-470.

244. Servant D„ Parquet P.J., „Etude sur le diagnostic et la prise en charge du trouble panique en psychiatrie", L'Encephale, 2000, 26: 33-37.

245. Boulenger J.P. (ed.), LAttaque de panique: un nouveau concept ?, Goureau, Paris, 1987.

246. Ströhle A. et al., „Induced panic attacks shift gamma-aminobutyric acid type A receptor modulatory neuroactive steroid composition in patients with panic disorder", Archives of General Psychiatry, 2003, 60: 161-168.

247. Kroeze S. et al., „Imaginai provocation of panic in patients with panic disorder", Behavior Therapy, 2000, 33: 149-162.

248. Schmidt N.B. et al., „Effects of cognitive behavioral treatment on physical health status in patients with panic disorder", Behavior Therapy, 2003, 34: 49-63.

249. Van der Does et al., „Heartbeat perception in panic disorder: a re-analysis", Behaviour Research and Therapy, 2000, 38: 47-62.

250. Papp L.A. et al., „Respiratory psychophysiology of panic disorder: 3 respiratory challenges in 98 subjects", American Journal of Psychiatry, 1997, 154: 1557-1565.

251. Rachman S. et al., „Experimental analysis of panic III: claustrophobic subjects", Behaviour Research and Therapy, 1987, 26: 41-52.

252. Corryell W. et al., „Aberrant respiratory sensitivity to C02 as a trăit of familial panic disorder", Biological Psychiatry, 2001,49:582-587.

253. Perna G. et al., „Respiration in children at risk for panic disorder", Archives of General Psychiatry, 2002, 59: 185-186.

254. Wilhelm F.H. et al., „Characteristics of sighing in panic disorder", Biological Psychiatry, 2001, 49: 606-614.

255. Abelson J.L. et al., „Persistant respiratory irregularity in patients with panic disorder and generalized anxiety disorder", Biological Psychiatry, 2001, 49: 588-595.

256. Toren P. et al., „The prevalence of mitral valve prolapse in children with anxiety disorders", Journal of Psychiatric Research, 1999, 33: 357-361.

257. Jacob R.G. et al., „Panic, agoraphobia and vestibular dysfunction", American Journal of Psychiatry, 1996, 153: 503-512.

258. Schmidt N.B. et al., „Effects of cognitive behavioral treatment on physical health status in patients with panic disorder", Behavior Therapy, 2003, 34: 49-63.

259. Lydiard R.B., „Pharmacotherapy for panic disorder", în D.J. Stein şi E. Hollander (ed.), Textbook of Anxiety Disorders, American Psychiatric Publishing, Washington DC, 2002, pp. 257-271.

260. Vezi Spiegel D.A. şi Hofmann S.G., „Psychotherapy for panic disorder" , în D.J. Stein şi E. Hollander (ed.), Textbook of Anxiety Disorders, American Psychiatric Publishing, Washington DC 2002, p. 273-288.

261. Schmidt N.B., Trakowski J., „Interoceptive assesment and exposure in panic disorder. A descriptive study", Cognitive and Behavioral Practice, 2004,11: 81-92.

262. Broocks A. et al., „Exercise avoidance and impaired endurance capacity in patients with panic disorder" , Neuropsychobiology, 1997, 36: 182-187.

263. Hays K.F., Working It out: Using Exercise in Psychotherapy, American Psychiatric Publishing, Washington DC, 1999.

Capitolul 10: Multe alte frici...

264. Gil R., Neuropsychologie, Masson, Paris, 2000, pp. 256-257.

265. Sidiki S.S. et al., „Fear of the dark in children: is stationary night blindness the cause?", British Medical Journal, 2003, 326: 211-212.

266. Heinrichs N. et al., „Cognitive-behavioral treatment for social phobia in Parkinson's disease", Cognitive and Behavioral Practice, 2001,8: 328-335.

267. Schneier F.R. et al., „Characteristics of social phobia among persons with essential tremor", Journal of Clinical Psychiatry, 2001, 62: 367-372.

268. Schmidt A.J.M., „Does mental kinesiophobia exist?", Behaviour Research and Therapy, 2003, 41: 1243-1249.

269. Jugon J.C., Phobies sociales au Japon, ESF, Paris, 1998.

270. McKee D., Encore toi, Isabelle? L'Ecole des loisirs, Paris, 1994.

271. Brandt T,, „Phobic postural vertigo", Neurology, 1996,46:1515-1519.

272. Larson G., It came from the far side, Futura Publications, Londra, 1986.

273. Hofberg K. et al., „Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth", British Journal of Psychiatry, 2000, 176: 83-85.

274. Poudat F.X., Mieux vivre sa sexualite, Odile Jacob, Paris, 2004.

275. Tsao S.D., McKay D., „Behavioral avoidance tests and disgust in contamination fears: distinctions from trăit anxiety», Behaviour Research and Therapy, 2004, 42: 207-216.

276. Rangell L., „The analysis of a doll phobia", International Journal of Psychoanalysis, 1952, 33: 43-53.

277. Sauteraud A., Je ne peux pas m'arreter de laver, verifier, compter, Odile Jacob, Paris, 2000.

278. Lejoyeux M., Vaincre sa peur de la maladie, La Martiniere, Paris, 2002.

279. Asmundson N., Health Anxiety. Clinical and Research Perspectives on Hypochondriasis, Wiley, New York 2001.

280. McCabe R. et al., „Challenges in the assesment and treatment of health anxiety", Cognitive and Behavioral Practice, 2004, 11: 102-123.

281. Îi mulţumesc sincer tinerei femei care mi-a permis să-i reproduc relatarea, precum şi revistei Psychologies, în care mi-a fost publicată iniţial şi care m-a autorizat s-o integrez în cartea mea. Psychologies, 2003, nr. 224, pp. 132-134.

282. Phillips K.A., The Broken Mirror: Understanding and Treating the Body Dysmorphic Disorder, Oxford University Press, Oxford, 1998.

283. Phillips K.A. et al., „Efficacy and safety of fluvoxamine in body dysmorphic disorder", Journal of Clinical Psychiatry, 1998, 59: 165-171.

Concluzie

284. Lacroix M„ Le Courage reinvente, Flammarion, Paris, 2003.

285. Jollien A., Le Metier d'homme, Seuil, Paris, 2002.

Anexe

286. Schultz J.H., Le Training autogene, PUF, Paris, 1982.

287. Segal Z.V., Williams J.M.G., Teasdale J.D., Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression, Guilford Press, New York, 2002.

288. Brown K.W., Ryan R.M., „The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being", Journal of Personality and Social Psychology, 2003, 84: 822-848.

Mulţumiri

Scumpilor mei pacienţi, pentru încrederea, curajul, gentileţea şi umorul lor.

Lui Catherine Meyer, pentru susţinerea şi sfaturile ei utile în redactarea acestei cărţi.

Lui Antonia Canioni, Loic Hetet ţi Jean-Jerome Renucci, mereu prezenţi, prietenoşi şi eficienţi.

Lui Cerile Andrier, pentru ajutorul ei trecut, prezent şi viitor.

Lui Odile Jacob şi Bernard Gotlieb, pentru atenţia lor constantă.

Lui Patrick Legeron, coleg şi prieten, care m-a învăţat mult despre fobii, terapiile comportamentale, pedagogie şi multe alte lucruri.

Lui Henri Loo şi Jean-Pierre Olie, care m-au lăsat întotdeauna liber să-mi îngrijesc pacienţii fobici după bunul plac, în contextul unei psihiatrii franceze mult timp reticente la tot ce nu era ortodox.

Celui mai mare dintre specialiştii în patologia fricii, Isaac Marks, star al psihiatriei britanice, căruia i-am vorbit într-o zi despre cărţile mele şi care m-a ascultat şi m-a încurajat cu cea mai mare gentileţe.